

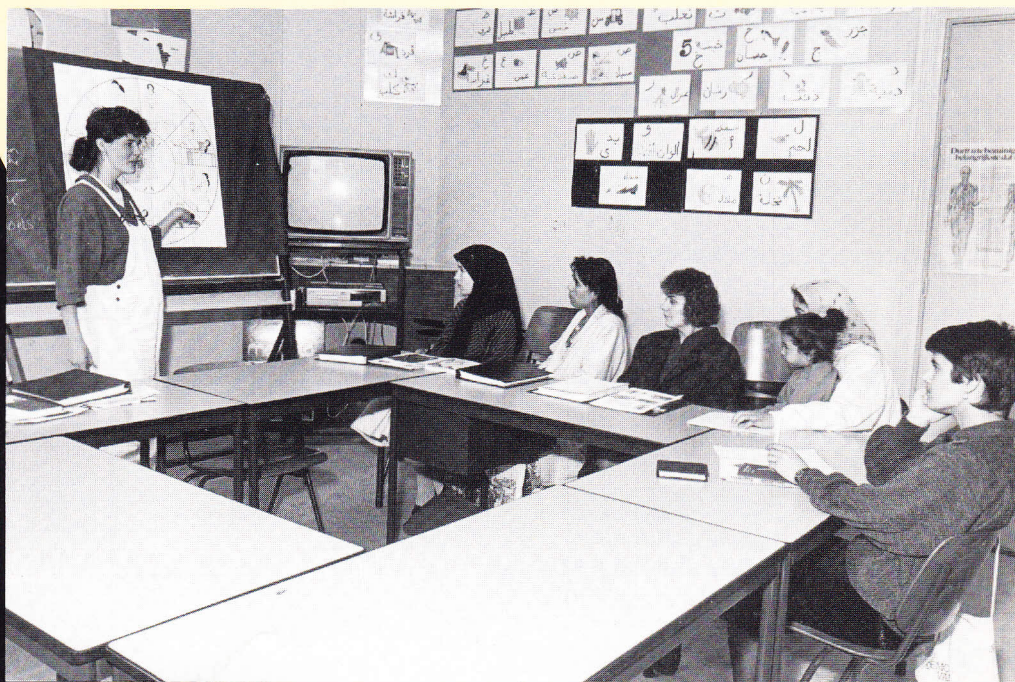
TIJDSCHRIFT VOOR

Nr. 3 1988 losse nummers f. 12,-

GEZONDHEID

& POLITIEK

THEMA: VROUWENGEZONDHEIDSZORG



**Tweespalt om
spilfunctie**

**Terug naar af?
100 jaar Zusters
Augustinessen**

**Ontwikkelen zorg
Een dagtaak**

INHOUD

ZESDEJAARGANG, NR 3, september '88

Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek is een uitgave van de Stichting Gezondheid en Politiek en Uitgeverij van Gorcum; verschijnt viermaal per jaar.

Redactie: Thea Dukkers van Emden, Gerard Goudriaan, Erik Heydelberg, Frans van der Pas, Sonja Schmidt, Marion van Weersch.
Eindredactie: Mirre Bots.

Redactieraad: Guus Bannenbergh, Yvonne van Geenhuizen, Annet Gerritsma, Peter Groenewegen, Maria Hermsen, Kees Hertog, Eddy Houwaart, Joost van der Meer, Annetmarie Mol, Marcel Post, Dirk Soeters, Sigrid Sijhoff, Hugo Smeets, Dehaard de Smit, Hans Spijker, Richard Starmans, Jaap Talsma, Janneke van Vliet, Cor van der Weeie, Goof van de Wijngaart, Boes Willemsen en de redactie.

ontwerp: Frans Rodermans;
tekeningen: Bert Cornelius;
zetwerk, drukwerk en lay-out: Van Gorcum.

bijdragen: zenden aan het redactiesecretariaat: Herengracht 418, 1017BZ Amsterdam, ter attentie van Mirre Bots. Kopijvellen en aanwijzingen voor auteurs: op aanvraag. Bijdragen voor 'Korten Goed' naar: Postbus 275, 3500 AG Utrecht.

giften: Stichting Gezondheid en Politiek, giro: 146181,3500 AG Utrecht.

abonnementen: instellingen - f 55,00
particulieren - f 45,00
studenten - f 40,00

losse nummers: f 12,00

uitgever: Van Gorcum & Comp. b.v.
Postbus: 43, 9400 AA Assen
Tel. 05920-46846
Giro 802255
Opzegging van abonnementen uitsluitend schriftelijk doorgeven aan uitgeverij Van Gorcum.

Stichting Gezondheid en Politiek, Uitgeverij Van Gorcum. ISSN0 1678647

Nico de Louw **Ontwikkelen van de zorg een dagtaak** 112

Hans Spijker **Niet terug naar AF** 116
Goof van de Wijngaart **Zusters Augustinessen al 100jaar werkzaam in de gezondheidszorg**

Richard Starmans **Wijkverpleegkundige of huisarts?**
Henry Mostert **Wie krijgt de spilfunctie** 120

THEMA **Vrouwengezondheidszorg** 124

Aoke Steinman **Vrouwenhulpverlening** 126
Integratie in theorie en praktijk

LidySchoon **De Mannelijke Patiënt** 131

Thea Dukkers van Emden **Mannen noemen het een modeprobleem** 132
Marion van Weersch **Interview met Vera Kampschöer**

Marianne Coopmans **Medisch onderwijs neemt vrouwenklachten serieus** 134

Fransje van der Waals **Vrouwen worden beter ...** 138

Mazy Fahrenfort **Macht onder de microscoop** 140

Thea Dukkers van Emden **Uitstrijkjes** 142
Voor's en tegen's van een bevolkingsonderzoek

Hans de Man **Sociale geneeskunde mist activisme** 144
Een laatste bijdrage aan het debat

Jos Dute **Boeken** 147
NicoPlomp **Onze kostelijke gezondheid** 147
jos Dute **Stadsbuschauffeurs** 148
Preventie van ongeschikte arbeid 150

Kort en Goed 151

Ontwikkelen van de zorg een dagtaak

Sinds de Structuurnota van 1974 is spreken over de nationale gezondheidszorg spreken over het veranderen ervan. Maken we daarover de balans op, dan stemt het resultaat niet tot optimisme. Wezenlijke veranderingen zijn niet gerealiseerd. Beleid, planning en financiering zijn tot op de dag van vandaag gescheiden. De intramurale sector blijft dominant, slurpt onveranderlijk tweederde van het beschikbare budget op en heeft dus niet op hoeven draaien voor de beoogde versterking van de eerste lijn. Samenwerking is hier en daar op streek, maar zeker geen *must* over de hele linie.

Tussen veranderingen wensen en veranderingen doorvoeren gaapt onmiskenbaar een kloof. Deze zal alleen overbrugd worden door de factoren die haar in stand houden eerst te doorgronden en vervolgens uit de weg te ruimen.

Daaraan wil Nico de Louw graag een bijdrage leveren vanuit zijn ervaringen als 'ontwikkelingswerker integrale zorg'. Deze ervaringen leerden hem dat op de overzichtelijke schaal van een regio een draagvlak voor beklijvende veranderingen is op te bouwen. Dat gaat meestal niet vanzelf. De betrokken zorginstellingen, het ziekenfonds, de plaatselijke overheid en geïnteresseerde bewoners kunnen veel baat hebben bij een ontwikkelingsbureau dat de veranderingen in gang zet en houdt.

Nico de Louw, stafmedewerker beleidsontwikkeling bij de STOZA, projectorganisatie en ontwikkelingsinstituut voor de zorg in de regio Amsterdam

In dit artikel hoop ik het bestaansrecht aan te tonen van een ontwikkelingsfunctie! die veronachtzaamd lijkt in de grootscheepse ontwerpen die de overheid op de zorg? loslaat.

Ik stel dat wezenlijke veranderingen aléén doorgevoerd kunnen worden als de bestaande voorzieningen structureel aan elkaar verbonden zijn. Pas na vervulling van die voorwaarde is het verstarde en verbrokkelde zorgveld in beweging te krijgen. Eerder niet.

De vaderlandse zorg is zó verdeeld dat erover heersen voor niets en niemand is weggelegd. Niet voor de politiek die van compromis naar compromis struikelt, en op de nul blijft hangen. Niet voor de rijksoverheid die - in zichzelf verdeeld - het beheer over de penningen goeddeels bij de AWBZ heeft ondergebracht en daarmee het volgen van haar beleidsdoelstellingen afhankelijk heeft gemaakt van de goede wil van het veld. Evenmin voor de Ziekenfondsraad

waarin partijen zich laten dicteren door de kas en het gebruik elkaar te sparen ten koste van enig beleid. Niet voor de provinciale en lokale overheid die dezelfde 'makkes' weerspiegelen als hun tegenhangers op nationaal niveau. Ook niet aan het plaatselijke ziekenfonds dat zich liever houdt bij haar leest van verbindingskantoor dan zich te wagen aan het voeren van een eigen beleid.

Heersen is er zeker ook niet bij voor het veld, dat voor zichzelf en anderen

onbestuurbaar is vanwege haar vergaande verbrokkeling. We kennen generalisten en specialisten, vrij gevestigd of in loondienst binnen extramurale, ambulante of intramurale sectoren, die inhoudelijk en organisatorisch bont zijn onderverdeeld. Ten laatste en het minst heerst de gebruiker. Hij/zij staat of ligt erbij en kijkt ernaar zonder een enkele effectieve invloed te hebben op een van de bovengenoemde onderdelen van het nationale zorgbouwwerk.

Pas op de plaats

Door het ontbreken van een machtscentrum in de zorg is het in de huidige maatschappelijke constellatie niet mogelijk een integrale, dat wil zeggen een voor alle deelhebbers geldende uitvoering van beleid te verwachten. Deze vaststelling mag de lezer een open deur lijken. Kennelijk is zij dat toch niet voor de 'politici' vanaf Hendriks, die wél in de illusie lijken te leven dat een besluit in Den Haag de volgende dag op klakkeloze uitvoering in den lande kan rekenen. Bestond die waan in 1974, anno Dekker regeert dezelfde dwaling met onverminderde kracht. Het land regionaliseert zichzelf evenwel niet per decreet en klaar voor de markt zijn allen misschien ooit, maar nooit tegelijkertijd.

Het is ondertussen wel een ernstige zaak dat men op politiek niveau en beleidsniveau liever de illusie van een stuurbare zorg blijft koesteren dan zich afte vragen wat de oorzaken zijn van de pas op de plaats die de ontwikkeling van de zorg maakt.

Wellicht volharden de beleidsmakers hierin, omdat zij eigenlijk wel aanvoelen dat de werkelijk vereiste maatregelen in onze rechtsstaat stuk zullen lopen op gevestigde én met succes te verdedigen belangen. Een stuurbare zorg vereist een eenduidige regie en gezamenlijk gedragen en gevoelde verantwoordelijkheden. Deze eisen druisen evenwel in tegen liberale en maatschappelijk verankerde vrijheden waarmee het ondernemerschap in Nederland, ook in de zorg, is bekleed.

Daarom zal niets *vanzelf* tot stand komen en verandert er in de zorg tot nu toe alleen iets aan de geldstromen en dan nog via slepende onderhandelingen.

Binnen de huidige verhoudingen lijken dus weinig aanknopingspunten voorhanden om een effectieve en kwalitatieve ontwikkeling van de zorg in gang te zetten. Desondanks kunnen wij het ons niet permitteren om bij de pakken neer te zitten. Veranderingen zijn door te voeren, als maar genoeg mensen dat willen en er overeenstemming is over de richting. Wat nu zijn wél gunstige condities om de gefrustreerde veranderingsgezindheid die er op alle niveaus is, aan te boren? En hoe bevorderen we die?

Van stagnatie naar beweging

Al sorteren 'Hendriks' en 'Dekker' geen structureel effect, veel gesprekstof hebben zij wel doen opwaaien. Zij verwoorden immers de tijdgeest en appelleren bij velen aan het gevoel dat het zo niet langer kan in de vaderlandse zorg.

Hun recepten voor een beheersbare zorg hebben telkenmale als doelstelling of uitgangspunt: samenhang tussen voorzieningen in geografisch afgebakende (zorg)gebieden. Dat van deze aantrekkelijke aanbevelingen geen brood wordt gebakken, komt door de hardnekkigheid van bestaande scheidslijnen. Als deze niet worden opgeheven, kan geen integraal plan worden uitgevoerd of samenhang in de zorg worden verwacht.

Om dit fundamentele probleem aan te pakken, zijn vijf onderling verbonden randvoorwaarden onontbeerlijk.

1. Een kortere verbinding en een waarachtige wisselwerking tussen boven- en onderbouw.

Beleid van bovenaf geformuleerd lijkt niet alleen geen lessen te willen trekken uit het zichtbare feit dat groot-scheepse initiatieven, zoals bijvoorbeeld de wvo-invoering, telkens stuklopen. Zij vertoont vaak ook weinig voeling met de dagelijkse beslommeringen van de praktijk.

Omgekeerd is een doelmatige *bottom-up* benadering evenmin te verwachten zolang het veld zó verdeeld is dat het zichzelf niet als een geheel opvat, laat staan als zodanig beleidsmakers en financiers tegemoet kan treden. Ontwikkelingsbeleid zou zich daarom in de eerste plaats moeten gaan richten op het wegwerken c.q. minimaliseren van de tekortkomingen in de communicatie tussen boven- en benedenbouw.

2. Benadering van de zorg als een geheel.

Langzamerhand is het inzicht doorgebroken dat mensen niet in lichamelijke, psychische of maatschappelijke mootjes zijn op te delen. Het zorgaanbod doet desondanks in grote lijnen of dit nog wel zo is. Als de gebruiker inderdaad op maat bediend moet worden, dan zal het zorgaanbod functioneel zo aaneen moeten sluiten dat patiënten of cliënten in hun gang door de voorzieningen te volgen zijn. Alleen vanuit een overzicht over het geheel kunnen de samenstellende delen van het zorgveld in onderlinge samenhang begrepen en eventueel aangepast worden. Dit is niet vanuit een afzonderlijke discipline of echelon te doen. De recent bepleite afbraak van echelons en opbouw van zorgnetwerken kan immers alleen vanuit een integrale visie beargumenteerd en begonnen worden. Let wel: het zijn

onderwerpen die pas sinds kort op de agenda zijn geplaatst.

3. Geografisch afgebakende en gemeenschappelijke verzorgingsgebieden.

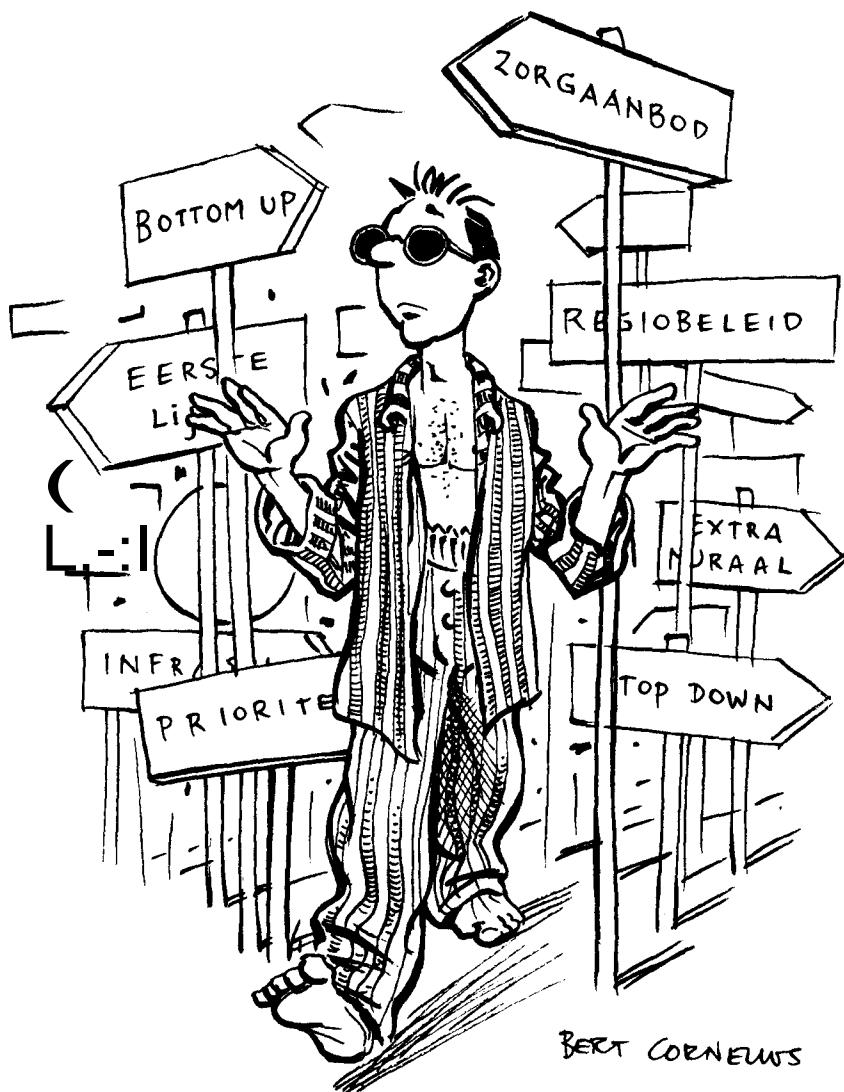
Een goede wisselwerking tussen beleidsmakers/financiers en het uitvoerende veld vraagt om een overzichtelijke en hanteerbare organisatie van de betrokken voorzieningen. Een kwestie van de juiste schaalgrootte, die aan verschillende eisen moet beantwoorden. Er dient een vitale verbinding te bestaan met de eerstelijnspraktijk in buurt, wijk of dorp. Maar ook met het intramurale niveau dat op die praktijk is aangesloten. Aan die voorwaarde voldoet pas een verzorgingsgebied van zo'n 80.000 à 120.000 potentiële hulpvragers. Ik duid dit gebied in het vervolg aan als: *regio*. Alleen op dat niveau kan de uitvoeringspraktijk actuele en toekomstige problemen waarnemen als vraagstukken van intra-extramurale afstemming. De horizon beperken tot samenhang van alleen de eerste lijn volstaat niet om een omvattende blik en greep op de zorg te verkrijgen."

4. Regiobeleid en voorzieningenbeheer als gezamenlijke verantwoordelijkheid.

De vierde randvoorwaarde voor een vruchtbare zorgontwikkeling is het verst van vervulling verwijderd. Toch is ook zij bij voldoende draagvlak realiseerbaar. Deze conditie veronderstelt de bereidheid van het veld de bestaande scheidslijnen te overstijgen en de eigen taken en belangen op die van de andere deelhebbers af te stemmen. En waarom zou dat niet kunnen? Misschien moet men eerst stuklopen op de huidige verbrokkeling alvorens het besef kan doorbreken dat men andere disciplines nodig heeft. Welbegrepen eigenbelang is immers een bruikbare grondslag om tot een gezamenlijke inspanning te komen, waarvan elke deelnemer beter hoopt te worden.

Waar het vervolgens op aankomt, is het omzetten van die gedeelde belangen in regionale zorgplannen waarin het *hoe* en *waarom* van prioriteiten en probleemoplossingen kenbaar worden gemaakt. Als dit lukt, maakt de regionale zorg zich als één geheel aanspreekbaar voor derden. Een reuzenstap voorwaarts. Gebruikers en uitvoerenden hebben dan een kanaal om hun wensen en klachten aan de verzamelde voorzieningen voor te leggen. Beleidsmakers en verzekeraars krijgen aldus beter zicht op regionale verschillen, een eerste vereiste om ontoelaatbare ongelijkheden tussen 'zorgpakketten' te kunnen wegwerken. Publieke kennis omtrent de kwaliteit van het aanbod is voorts zeker van belang om de door Dekker bepleite concurrentie tussen zorgpakketten niet te laten ontsporen.

De regio kan op deze basis in overleg



treden met verzekeraar of overheden. Heel wel denkbaar is dat laatstgenoemden als uitvloeisel daarvan een regionaal budget beschikbaar stellen en de regio de verantwoordelijkheid voor de besteding laat binnen het regionale zorgplan. Hiermee zou een goede uitgangspositie zijn geschapen om de *bottom-up* aanpak te verbinden met de *top-down* benadering, zowel binnen de regio als tussen regio en bovenbouw. Aan de laatste blijft de controle op de kosten en de kwaliteit van het 'regionale produkt' voorbehouden.

5. Een veelzijdige ontwikkelingscapaciteit voor de beleidsuitvoering.

De vier voorgaande voorwaarden zijn noodzakelijk maar met elkaar nog niet voldoende om daadwerkelijk beklijvende veranderingen in de zorg te realiseren. Daartoe dient nog een voorwaarde meer vervuld. Een verbeterde samenwerking tussen boven- en onderbouw, de verticale en horizontale samenhang tussen de voorzieningen in één gebied

en de organisatie van de daartoe vereiste infrastructuur ontstaan immers niet vanzelf. Zij vergen te allen tijde communicatie tussen mensen die emotioneel, werkinhoudelijk of ideologisch hun belangen verschillend hebben liggen.

Een onafhankelijke schakelfunctie lijkt onontbeerlijk om deze afzonderlijke belangen te verenigen rond een hoger, gezamenlijk belang. Opvang van patiënten en bezuinigingen door doelmatiger beddengebruik bijvoorbeeld. Een schakelfunctie die controleerbaar en creatief de noodzakelijke bruggen slaat tussen: beleid/financier en veld, management en uitvoering, extra- en intramurale dienstverleners. Niet willekeurig, maar gericht op probleemstellingen die de direct betrokkenen (h)erkennen. Deze schakelfunctie vormt dan het werk dat hoort bij effectief ontwikkelingsbeleid. Daarom is ontwikkelingsfunctie een betere term, die ik hieronder zal belichten.

In de praktijk

Het ontwikkelingswerk dient lijfelijk in de regio en zo dicht mogelijk bij het veld uitgevoerd. Van de ontwikkelingswerker mag worden verwacht dat hij ernaar streeft om de kloof tussen wat de overheid of verzekeraar wil, het veld aankan en de gebruiker wenst, te verkleinen. Hij geeft dit inhoud door de ontvanke-lijkheid voor of de mogelijke gevolgen van externe beleidsopties in de praktijk te verkennen. Omgekeerd door ideeën en knelpunten die op basisniveau aan de orde zijn in voorstellen aan overheid of financier te vertalen. Daarmee volstaat hij echter niet. In beide gevallen bevordert hij ook een praktische toetsing van de ideeën of mogelijke oplossingen in de vorm van een experiment of project, afgerond met een rapportage ten behoeve van de uiteindelijke besluitvorming. De ontwikkelingswerker onderhoudt zo een vitale verbinding en wisselwerking tussen *top-down*- en *bottom-up*benadering. Ondertussen schroomt hij niet zich kritisch op te stellen jegens onhaalbare eisen die boven- en onderbouw over en weer stellen. Evenmin gaat hij ongebaande paden of informele contacten uit de weg, als dat de realisatie van het ontwikkelingsdoel naderbij kan brengen.

Een groot deel van het takenpakket van de ontwikkelingswerker richt zich op de dagelijkse praktijk van de zorguitvoering. Via initiatieven en projecten werkt hij permanent aan een *regionaal milieu*, opdat voorheen gescheiden sectoren of disciplines elkaar makkelijker leren zoeken en vinden.

Hiervoor kunnen uiteenlopende deelprojecten dienstig zijn. Om enkele voorbeelden te geven: afstemming ziekenhuis-thuiszorg, eerstelijns samenwerking, flankerend bejaardenbeleid, casemanagement psychogeriatric. Deze projecten worden methodisch zo aangepakt dat voor de deelnemers het verloop controleerbaar en inzichtelijk is en de resultaten ook buiten de regio bruikbaar zijn.

Een project begint in de regel met een globale probleemstelling, een vraag of een vernieuwingsgedachte. Het ontwikkelingsbureau is het adres waar deze gedeponeerd worden, zo ze er al niet vandaan komen. De ontwikkelingswerker verheldert waar nodig waar het om gaat en maakt een globaal plan van aanpak. Dit wordt aan de relevante werksoorten aangeboden, die het plan vervolgens bespreken. Na verwerking van de op- en aanmerkingen van de uitvoerenden krijgt het management van de betrokken instellingen een definitief plan met een precieze probleemstelling en methode van aanpak én met de resultaten die hij voor ogen heeft. De aangesproken instellingen leggen zich hierna vast

op de uitvoering, die zij opdragen aan een projectgroep of commissie. Na het officiële fiat gaat de ontwikkelingswerker in wisselwerking met de projectgroep aan de slag. Via tussenrapportages en het eindverslag wordt het omringende veld niet alleen op de hoogte gehouden, maar ook op de toepassing van de projectresultaten voorbereid.

Aan de hand van deze projecten leren deelnemers in hun denken en handelen scheidingslijnen tussen intra- en extramurale zorg te overschrijden en de zorg als een geheel op te vatten. Hoe meer van dergelijke projecten geëntameerd worden, des te meer ontstaat er een wij gevoel en een besef van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor elkaars problemen en het totaal van de regionale zorg.

Regionaal orgaan

In het directe verlengde hiervan zal de behoefte stijgen om de resultaten van deelprojecten in de regio te verankeren. Daarvoor is een goede infrastructuur nodig en een doelmatig en beredeneerd gebruik van de beschikbare middelen noodzakelijk. De tijd wordt dan rijp om een regionaal orgaan op te zetten om de verdere ontwikkelingen samenhangend te gaan sturen. De ontwikkelingsfunctie verandert ondertussen mee. Was zij in de eerste fase gespitst op het opbouwen van een regionaal netwerk via concrete projecten, ná de installatie van een regio-orgaan, met mogelijk een eigen budget in het verschiet, kan zij zich meer gaan richten op regionale zorgplannen.

In dit proces heeft het ontwikkelingsbureau als algemene taak om de regionale besluitvorming voor te bereiden, het veld over de voortgang te informeren en ieders betrokkenheid bij de regionale zorgontwikkeling op peil te houden. Het is uiteraard van belang dat alle relevante groeperingen uit de (geestelijke) gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening aan het regio-orgaan deelnemen. Veel interne dynamiek is te verwachten als bewoners- of patiëntengroepen uit het gebied een positie in het regio-orgaan hebben; vandaaruit kunnen ze het zorgveld rechtstreeks met hun wensen of kritiek confronteren.

Financiers of beleidsmakers zijn gasten van buiten die bij tijd en wijle aan de regiotafel worden uitgenodigd om projectresultaten, knelpunten of ideeën te bespreken én om voeling met de praktijk van de zorg te houden. Aldus kan in de openbaarheid aan verandering van een meer maatschappelijke zorg worden gewerkt. Deelname aan het orgaan geschiedt bij voorkeur op basis van vrijwilligheid. Denkbaar is ook dat beleid en financier, doordrongen van het belang van een regionaal samenhangende

en aanspreekbare zorg, deelname bevorderen via te stellen voorwaarden.

Formele aspecten

Omdat de ontwikkelingswerker zich altijd op twee of meer belanghebbenden richt, dient hij onafhankelijk en onpartijdig te werken. Die onafhankelijkheid is enerzijds wel betrekkelijk omdat het ontwikkelingswerk zonder participanten geen bestaansrecht heeft, anderzijds dient de ontwikkelingswerker zodanig onafhankelijk te opereren dat hij niet door een van de deelnemers is te monopoliseren. Van zijn kant werkt hij zo onpartijdig dat hij voor beide partijen een vertrouwde bemiddelaar kan zijn om te zoeken naar compromissen of gezamenlijke oplossingen.

Zolang er nog geen regio-orgaan is, vraagt het ontwikkelingswerk om een eigen rechtspersoon, waarvan het bestuur overigens wel vanuit het veld kan zijn samengesteld. Beschikt de regio ondertussen wel over een rechtspersoon, dan voert het ontwikkelingsbureau onder diens auspiciën zijn taken uit. Het is daarbij wenselijk dat het bureau de vrijheid behoudt om zich zelfstandig te uiten jegens het regio-orgaan of de beleidsmakers, want niemand is erbij gebaat als pijnlijke waarheden of beslissingen niet onder ogen worden gezien.

Naast de juridische is uiteraard ook de financiële positie van het ontwikkelingswerk van belang. Afzonderlijke disciplines hebben (terecht) stafcapaciteit ter ondersteuning en ontwikkeling van de eigen werksort. Per definitie zijn zij evenwel niet in staat om de benodigde samenspraak en samenhang met derden onafhankelijk en onpartijdig op te bouwen. Daarvoor is de ontwikkelingsfunctie hét instrument en om die reden heeft zij ook recht op een eigen structurele financiering. Dit komt neer op personeels- en huisvestingskosten voor een klein bureau en middelen om de regio voor het idee van een eigen regiobeleid warm te maken.

De financiering lijkt vooralsnog te moeten komen van de bovenbouw: wvc, AWBz/lokale ziekenfondsen, gemeentelijke en provinciale overheden. Op termijn is denkbaar dat de deelnemers uit het veld een bijdrage gaan leveren voor het gebruik van de ontwikkelingsfunctie. Dit doen zij overigens vaak al door formatietijd in projecten te steken. Voor zover zij financieel (moeten) gaan bijdragen, zal het budget daarvoor uiteraard ruimte moeten geven.

Het door mij beschreven ontwikkelingswerk stuit ongetwijfeld op weerstanden. Drempels tussen dienstverleners, ambtenaren en financiers worden nu eenmaal niet makkelijk overschreden en een ieder zoekt bij voorkeur houvast bij

dat wat bekend is. Grenzen overschrijden, terwijl de uitkomst onzeker is, doen mensen vaak pas als vertrouwde stellingen geen soelaas meer bieden. En dat is nu voor velen de realiteit.

Geen instelling of hulpverlener kan zich nog langer een geïsoleerde positie veroorloven. Immers, de wereld van de zorg is de laatste jaren zo veranderd dat duidelijker zichtbaar is dat allen voor een deel voor de problemen opdraaien, maar ook een deel van de oplossing van de zorgvraagstukken in zich dragen.



Noten

1. In dit artikel spreek ik over ontwikkelingsfunctie als ik bedoel te duiden op het methodische 'aanjagen' van veranderingen. Het uitvoerende werk in dit kader is een apart beroep, hier omschreven als ontwikkelingswerk dat, eenmaal erkend en gehuisvest, vanuit een ontwikkelingsbureau uitgeoefend kan worden.
2. Zorg omvat in dit betoog: voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en (ambulante) geestelijke gezondheidszorg.
3. Dit artikel wijkt op dit punt af van de bijdrage van R. Souverein in rGP, nr. 2/88. Deze auteur bepleit de schaal van een wijk van ±15.000 - 35.000 inwoners die een projectorganisatie en bemoeienis van de gemeente vereist om de eerstelijnsamenwerking op gang te brengen. De gemeente is echter in toenemende mate in de marge van de relevante beslissingskaders in de zorg terecht gekomen. Een gegeven waaraan we niet voorbij kunnen gaan. De meeste zorgvraagstukken dienen bovendien binnen de intra-extramurale verhouding opgelost te worden en hebben daarom per definitie een bovenwijkse dimensie, die je pas bovenwijkse = regionaal kunt 'zien' en benaderen. Eerstelijnsamenwerking dient in dit perspectief geplaatst en georganiseerd te worden.

Niet terug naar Af

Zusters Augustinessen al 100 jaar werkzaam in de gezondheidszorg

Ruim een jaar geleden belandde een opmerkelijk persbericht op de bureaus van de redacties van een aantal verpleegkundetijdschriften. Het luidde als volgt: 'Wij maken ons ernstig bezorgd over de recente ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg. Het lijkt erop alsof stelselmatig het recht op een goede, normale gezondheidszorg voor alle Nederlanders langzaam maar zeker wordt afgebroken. Eigen bijdragen voor bijvoorbeeld medicijnen, tandarts en gezinsverzorging bestaan al of bijna. Als de plannen van de commissie Dekker doorgaan, zullen nog meer essentiële voorzieningen uit het ziekenfondspakket verdwijnen. En daarmee uit het zicht van de minder draagkrachtigen, die niet over voldoende financiële middelen beschikken om zich extra te verzekeren. Dezen zullen van een belangrijk stuk zorg verstoken blijven.

Wij menen enig recht van spreken te hebben. Bijna honderd jaar geleden - in 1888- is onze congregatie in de bres gesprongen voor minder draagkrachtigen die in de toenmalige Nederlandse gezondheidszorg niet de hulp konden krijgen die ze nodig hadden. Door het stichten van nieuwe ziekeninrichtingen en door het starten van thuisverpleging hebben de Zusters Augustinessen toen geprobeerd de armalastige zieke mens te helpen. Vanuit die zelfde bezorgdheid en inspiratie willen wij door middel van deze brief van ons doen laten horen. [...] Wij willen met onze gezondheidszorg niet terug naar Af!

Was getekend: de Werkgroep Vrede en Gerechtigheid van de Congregatie van Zusters Augustinessen. |

Een achtenswaardig initiatief uit een op het eerste gezicht onverwachte hoek. Voor Hans Spijker en Goof van de Wijngaart een reden om de initiatiefneemsters eens op te zoeken.

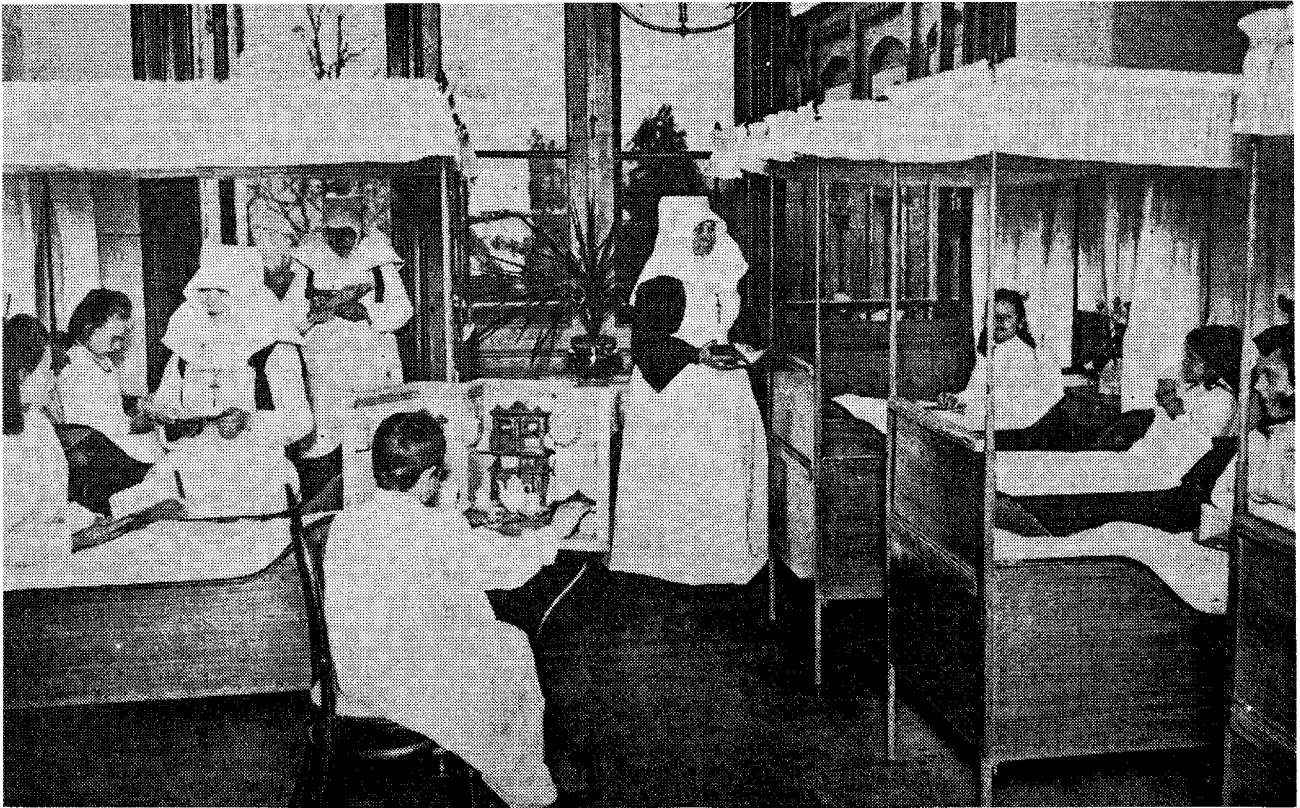
*Hans Spijker
Goof van de Wijngaart*

In Rotterdam spraken wij met de zusters Everarda, Alowina, Dolorata en Francisco van de werkgroep. Na afloop kregen we ter bestudering een aantal boekjes mee. Hiermee konden we voor een groot gedeelte de geschiedenis van de congregatie en haar betrokkenheid bij de gezondheidszorg traceren.'

In Delft zocht het Armbestuur een

eeuw geleden religieuzen die de zorg voor de ziekenverpleging wilden gaan doen en daarnaast de zorg voor een pension 'voor gehuwden en ongehuwden uit den gegoeden stand' op zich wilden nemen. In de stad had een cholera-epidemie gewoed en men voelde de behoefte aan 'zusters, die zich in het bijzonder wilden belasten met de verzorging der

zieken en gebrekkigen en ouden van dagen'. Men vond ze in België: de Zusters Augustinessen van Dendermonde. In Delft begonnen deze zusters aan het particulier verplegen van mensen thuis en ze startten het St. Hippolytusziekenhuis. Besturen en geestelijken in andere plaatsen wilden ook wel 'zusters van barmhartigheid' om de zorg aan hulp-



Vertelruimte op de oude kinderzaal.

behoevenden op zich te nemen. De zusters van de nieuwe congregatie zwermden uit naar Rotterdam, Voorburg, Amsterdam, Alkmaar, Lutjebroek en Soest.

Er werd niet alleen aan ziekenverpleging gedaan, in Amsterdam werd bijvoorbeeld ook geholpen in kinderbe-waarplaatsen, waar werkende moeders hun kinderen overdag konden brengen. 'Op 8 december 1900 gingen de eerste vijf zusters naar het St. Annagesticht aan de Keizersgracht 345. Ook in de Boomstraat werd een dagcrèche geopend, waar moeders die in werkplaatsen en fabrieken werkten haar kinderen ter bewaaring en verzorging konden afgeven.' In Soest leidde men een herstellingsoord en in Lutjebroek hadden de zusters een centrale functie in de dorpsgemeenschap: 'Het nieuwe huis biedt als pension aan vele oude en bejaarde mensen een gastvrij en gezellig tehuis, terwijl de Zusters, behalve de zorg voor pension en ziekenhuis, ook de leiding hebben der fröbel-, naai- en breischolen en daarenboven de wijkverpleging verzorgen in Lutjebroek zelf en in de nabij gelegen parochies.'

Edelmoedige liefde

Voor het werk werd slechts een heel kleine vergoeding ontvangen. Vaak nauwelijks genoeg om zelf van in leven

te blijven. Een van de zusters vertelt hierover: 'Ik heb weleens van heel oude zusters gehoord dat ze in Delft - daar hadden ze nog zo'n mooi oud huis - het behang aan de muur moesten verkopen om in leven te blijven. Maar ook wij hebben armoede gehad.'

In 1938 telde de congregatie 437 zusters. Nieuwe kandidaten moesten 'katholieke meisjes' zijn 'die den leeftijd hebben bereikt van 17 jaren, en die een goede gezondheid genieten en van goed en onbesproken gedrag zijn, beziel met het verlangen zich toe te leggen op de christelijke volmaaktheid, vol edelmoedige liefde voor de zieken en geslagenen in dit leven.'

In de periode na de tweede wereldoorlog groeide de congregatie gestaag verder. Tot de nieuw ingetreden en behoorden ook onze vier gesprekspartners. Zuster Francisco vertelt hierover: 'Ik ben in 1946 ingetreden en in 1952 met mijn opleiding begonnen. Vanaf die tijd werk ik in de verpleging. Ik heb nu 35 jaar - in Den Helder, Rotterdam en Delft - gewerkt, waarvan twintig jaar in de nachtdienst. Ik ben nachthoofd geweest in diverse ziekenhuizen en verpleeghuizen en vaak 's nachts de volledige verantwoordelijkheid gehad, want er was nooit een arts aanwezig. Het kwam er op neer dat ik het hele huis draaiende moest houden.'

Zuster Dolorata: 'Voordat ik intrad was ik al afgestudeerd als verpleegkundige. Ik was verpleegster in Alkmaar en vandaaruit ben ik ingetreden in de congregatie. Ik werd toen in Rotterdam op de röntgenafdeling geplaatst, waar ik van 1949 tot 1967 werkzaam ben geweest. Daarna ben ik voor de congregatie gaan werken, onder andere in Indonesië.'

Zuster Everarda vertelt hoe ze haar opleiding in Rotterdam heeft gehad. 'Ik heb eerste met TBc-patiënten gewerkt. Later mocht ik geen nachtdiensten meer doen en toen ben ik in de polikliniek terechtgekomen. Ik vond het heerlijk als ik 's morgens kwam en ik zag de wachtkamer propvol zitten. Ik heb daar twintig jaar gewerkt. Daarna ben ik negen jaar adjunct-directrice van een bejaardenhuis geweest. Alles werd die mensen uit handen genomen. Ik heb vaak fijn met die oude mensen kunnen praten.'

Na verloop van tijd heb ik mij de situatie van de jeugd erg aangetrokken. Ik heb toen in Rotterdam bij de drugs- en alcoholbeweging gesolliciteerd, maar heb daar helemaal geen antwoord op gekregen. Toch ben ik uiteindelijk tussen de verslaafden terechtgekomen en dat werk doe ik nu alweer twaalf jaar. Het is een activiteit van het jongeren-pastoraat. Die jongeren hebben vaak een heel trieste jeugd gehad. Hun ou-

ders zijn uit elkaar en ze hebben in kindertehuizen gezeten.'

Kraamzuster

Zuster Alowina: 'Ik ben na de oorlog ingetreden, ook vanuit een gevoel dat ik wel naar het klooster wilde. Ik wilde iets voor mensen betekenen en zag die mogelijkheid in de ziekenverpleging. Ik heb tot 1960 in Alkmaar gewerkt, op verschillende afdelingen. Vervolgens

wen 's nachts poliklinisch bevallen, gaan ze de volgende ochtend weer weg. Je weet dan wel dat mevrouw Pietersen is geweest, maar je hebt het hele mens niet gezien. Er is voor ons echt veel veranderd. Vroeger stond het verplegen van de mensen centraal, vaak een situatie van vijf, zes weken. Niet dat ze nu niet verpleegd worden, maar de hele methode is veranderd. Mensen die vroeger geopereerd waren of een bloedstolsel hadden, mochten zich absoluut niet be-

was het de bedoeling van de werkgroep om zich te gaan bezighouden met het onrecht in Zuid-Afrika. De medezusters reageerden daarop met 'dat lees ik in de krant ook allemaal'. Vervolgens besloot de werkgroep een andere weg in te slaan, het dichter bij huis te zoeken. 'Wat is nu het onrecht hier, dichtbij on-zelf? We werken nu bijna 100 jaar in de verpleging, laten we daar maar aan gaan staan.' Zodoende zijn we bij ons eigen werk terechtgekomen.

'We houden ons bezig met de gezondheidszorg in het algemeen. In het begin dachten we alleen aan ziekenhuizen. De directeur aanschrijven, opbellen en dingen naar voren brengen waar wij zicht op hebben. Nu is het rapport van de commissie Dekker verschenen en dat kan toch allemaal niet wat daar wordt voorgesteld! We zorgen er echter wel voor dat we niet op terreinen komen waar we geen verstand van hebben. Laten we maar heel gewoon bij de vloer blijven en kijken wat er met mensen gebeurt. Wat gebeurt er met mensen met een veel te laag inkomen, die straks de tandarts en de fysiotherapeut zelf moeten betalen? Dat *kunnen* ze niet betalen. Dat weten we, omdat we naar de Sociale Dienst zijn geweest om de tabellen te halen en te kijken hoe hoog die uitkeringen in feite zijn.

Wij hebben goede ziekenhuizen afgeleverd aan de maatschappij, dat mogen we best zeggen. De congregatie heeft ze op een bepaald moment afgestoten en aan stichtingen overgedragen. Het waren goede ziekenhuizen waar aan ze verden konden bouwen. Aan die ziekenhuizen hebben velen van ons de beste jaren van hun leven gegeven. Dan gaat het je aan je hart als je onrecht ziet. Zodoende zijn wij als werkgroep aan ons onderwerp gekomen.'

Als de plannen van de commissie Dekker doorgaan, zullen nog meer essentiële voorzieningen uit het ziekenfondspakket verdwijnen. En daarmee uit het zicht van de minder draagkrachtigen.

moest ik naar Den Helder om daar als kraamzuster te gaan werken. Ik ging daar met kloppend hart heen, maar het is me verschrikkelijk meegevallen. Na anderhalf jaar moest ik de éénjarige wijkopleiding gaan volgen. Na de opleiding mocht ik kiezen of ik in de stad of in een dorp wilde werken. Dat laatste trok me meer aan en zo heb ik 22 jaar in Berkel in de wijk gewerkt. Ik woonde daar in een bejaardentehuis van onze zusters.

Er is in die jaren heel wat veranderd in ons werk. Ik weet bijvoorbeeld nog dat we in de wijk de verordening kregen dat we geen injecties meer mochten geven zonder een bewijsje van de dokter. Nou, toen stonden we allemaal op onze achterste benen. We hadden toch immers altijd zelf injecties gegeven.'

De zusters hebben in al die jaren heel wat zien veranderen in de gezondheidszorg. Wat vinden ze zelf de meest opmerkelijke verandering?

'De vertechnisering in de ziekenhuizen is een belangrijk punt. De aandacht die de mensen krijgen heeft er veel onder geleden. Er is gewoon geen tijd meer voor de patiënten, horen wij van onze medezusters. Je moet je aan de tijden houden en dat soort dingen. Vroeger keken we niet zo naar de tijd. Toen ging het om persoonlijk contact. Waarschijnlijk heeft het ook te maken met het feit dat er nu veel part-time krachten werken. 's Morgens zie je een gezicht bij het wakken en een half uur later is er weer een ander vreemd gezicht, dat je komt wassen. Je ontbijt krijgt je vervolgens weer van een *ander* en de warme maaltijd van nummer vier. Het lijkt me dat zoiets spanningen oplevert en deze blijven liggen.

Voor de verpleegkundigen is het er ook niet leuker op geworden. Als vrou-

wegen en je moest ze met drie mensen helpen. Nu moeten ze zo snel mogelijk hun bed uit. Dan zoeken ze hun heil in het dagverblijf. Op zich is het prima dat de situatie veranderd is, maar de menselijke contacten lijden eronder en dat vinden we jammer.'

Onrecht

Zo'n veertig jaar hebben de zusters hun beste krachten aan de gezondheidszorg gegeven. Nu staan ze, zoals ze zelf zeggen, aan de zijlijn, maar nog steeds als betrokkenen en geïnteresseerden. Toen het bestuur van de congregatie hen vroeg om de Werkgroep Vrede en Gerechtigheid op te zetten, hebben zij ervoor gekozen het thema gezondheidszorg centraal te stellen. Oorspronkelijk

Zo was de ldeuterzaal



Wat ziet de werkgroep als belangrijke knelpunten bij de bezuinigingen in de gezondheidszorg?

'De ziekenhuizen zijn er altijd voor alle mensen geweest. Maar straks is dat niet meer mogelijk. Als het zo doorgaat kunnen de mensen als ze ziek zijn niet meer geholpen worden, omdat ze er het geld niet voor hebben. Ze gaan niet meer naar de huisarts, want dat kost ook geld. Ik denk dat mensen elkaar weer spontaan gaan helpen en weer iets

Ook op weggooimateriaal is wel het een en ander te bezuinigen, want weggooien is weggooien:

Het initiatief heeft inmiddels zijn eerste vruchten afgeworpen. Na het schrijven van een aantal brieven aan belangrijke politieke personen en instanties heeft de werkgroep onder andere reacties ontvangen van minister-president Lubbers en enkele Tweede-Kamerfracties.

In mei van dit jaar kwamen naar aanleiding van het initiatief van de werk-

Er zijn wel andere dingen waarop bezuinigd kan worden. Je gaat naar je huisarts en laat foto's maken. Als je enkele dagen later naar het ziekenhuis gaat worden die zelfde foto's nog eens gemaakt.

nieuws gaan oprichten. Dat heeft echter niets met de 'zorgzame samenleving' te maken of met naastenliefde, het is pure noodzaak! Nu moet de patiënt eerst met de rekening van de specialist naar het ziekenfonds. Die geeft het geld aan de patiënt. Deze moet het dan aan de specialist betalen. Nou ik denk dat een heleboel specialisten lang op hun geld kunnen wachten. Je zult het maar in handen krijgen en verder geen cent hebben, ...'

Maar kan er bezuinigd worden zonder dat het ten koste gaat van de patiënt?

'Er zijn zeker wel andere dingen waarop bezuinigd kan worden. Je gaat naar je huisarts en je laat foto's maken. Als je enkele dagen later naar het ziekenhuis gaat, worden die zelfde foto's nog eens gemaakt. Ze maken ook echo's dubbel en ze doen allerlei bloedonderzoeken, waarvan de helft misschien niet nodig is. Moet je toevallig bij een andere arts zijn? Dan begint het hele spelletje weer van voren af aan.

groep religieuzen uit diverse congregaties bijeen om de landelijke werkgroep *Religieuzen en Gezondheidszorg* nu op te richten. Deze landelijke werkgroep wil zich met name gaan bezighouden met het inventariseren en naar buiten brengen van de problemen van die groep mensen die het hardst door de bezuinigingen wordt getroffen.



Noten

1. Het correspondentie-adres van de werkgroep is: Bergsingel 103, 3037 GB Rotterdam.
2. Onder andere het boekje dat bij gelegenheid van het 75-jarig bestaan van de congregatie is uitgegeven: *Met hart en ziel, Verleden, heden en toekomst van de Augustinessen van Heemstede*, Heemstede, 1963.
3. Uit: *Met hart en ziel*.
4. Idem

Wijkverpleegkundige of huisarts

Wie krijgt de spilfunctie

Chronisch zieken en gehandicapten die thuis blijven wonen, hebben veelal met meer hulpverleners te maken. Om continuïteit van zorg te garanderen wordt al geruime tijd gepleit voor een spilfunctie, die een van de hulpverleners zou moeten bekleden.

Verskillende beroepsgroepen claimen die taak en, zoals de auteurs aantonen, niet altijd terecht. Met behulp van enkele onderzoeken, en criteria zoals die met name door de patiëntenbeweging, in de vs zijn ontwikkeld, proberen ze te laten zien dat de wijkverpleging er beter toe uitgerust lijkt dan de huisartsen. Zij pleiten er echter voor om er geen concurrentieslag van te maken, maar om per zorgvraag te bekijken wie er voor het coördinatorschap in aanmerking komt.

Richard Starmans, huisartsonderzoeker

Henry Mostert, verpleegkundige en verplegingswetenschapper

Al in de *Nota 2000* gaat de overheid in op de coördinatiefunctie. Door het tumult rond het werk van de commissie Dekker lijkt het alsof de *Nota 2000* niet meer actueel is. Er is in deze nota echter een aantal beleidsvoornemens beschreven die voor de gehele eerstelijnszorgverlening de moeite waard zijn om verder over na te denken.

In de *Nota 2000* wordt een herbezinning op de vormgeving van de gezondheidszorg verwoord. Er worden drie modellen beschreven, waarbij een doorbreking en vervagging van het bestaande echelonprincipe zichtbaar is. In deze modellen wordt de 'coördinator' geïntroduceerd. Deze zou een antwoord moeten geven op het gebrek aan samenhang en afstemming van de ondersteunende functies en de daardoor belemmerende samenwerking tussen de hulpverleners.

In de nota's *Visie op de zorgverlening vanuit de eerstelijns* en *Aanzetten voor een structuur van de eerste lijn* worden de beleidsvoornemens uit de *Nota 2000* verder uitgewerkt. De eerste lijn wordt hierin als 'coördinator van het hulp aanbod' benoemd. De zo te leveren zorg-op-

maat vraag om 'afstemming, coördinatie, communicatie over het te leveren werk tussen allen die bij de hulpverlening zijn betrokken, ongeacht het echelon waarin zij zijn ingedeeld'. Over de inhoud van het te leveren werk zou overeenstemming moeten bestaan. Vereisten hiervoor zijn: scheppen van randvoorwaarden door het management (afstemming taakonderdelen, zorgbeleid, procedures, overleg structuren) en coördinatie van de dagelijkse gang van zaken door de hulpverlener. De nota's zeggen feitelijk dat een van de hulpverleners als spil en coördinator in het hulpverleningsproces zou moeten optreden; deze zou ook aanspreekbaar moeten zijn op die titel, zowel voor andere hulpverleners als voor de patiënt. Een aanspreekbare en herkenbare organisatorische eenheid wordt hierbij noodzakelijk geacht.

De patiënt bepaalt

In een deelnota van de Nationale Kruisvereniging uit 1983 is reeds een poging gedaan om op de later geformuleerde vereisten een antwoord te geven. De

vier kerndisciplines van de eerstelijnszorg hebben ieder hun eigen deskundigheid en leveren op basis hiervan hun specifieke bijdragen aan de thuiszorg. Ze hebben ieder een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het op elkaar afstemmen van de verleende zorg. Over het coördinatorschap is het volgende afgesproken: 'De hulpvrager kan een van hen een coördinerende rol toekennen'. De patiënt is dus degene die moet bepalen wie de coördinatorfunctie vervult.

De functie van coördinator van zorg wordt in de nationale en internationale vakliteratuur echter nog weinig te berde gebracht. Des te opvallender is het feit dat deze functie zowel door huisartsen als wijkverpleegkundigen blijkbaar als heel vanzelfsprekend tot het eigen exclusieve takenpakket wordt gerekend. De coördinatie van zorg wordt zo een *item* dat veel wrijving zou kunnen opleveren. Huisartsen en wijkverpleegkundigen kunnen elkaar hierop gaan beconcurreren. Dit lijkt ons een ongewenste situatie.

In dit artikel zal de coördinatiefunctie

toegesplitst worden op de disciplines huisartsgeneeskunde en wijkverpleegkunde. Volledigheidshalve noemen we de functie van *casemanager*". Deze vertoont verwantschap met de coördinatie-functie. De casemanager is verantwoordelijk voor het totstandkomen van een zorgpakket rond een bepaalde hulpvrager. Hij krijgt daarvoor een budget en koopt voor de hulpvrager diensten van toeleveranciers. In Engeland zijn hiermee interessante ervaringen opgedaan en opvallend is dat er door deze functie een flexibel en zeer toegesneden zorgaanbod plaatsvindt.

Peter Lems berichtte onlangs in *TCF* over experimenten met deze casemanagers door het Zilveren Kruis"; mogelijk wordt deze HMO-achtige structuur, in het Dekker-tijdperk nog belangrijker..

In Vlaanderen wordt zelfs geëxperimenteerd met een professionele casemanager die de diensten van vrijwilligers in aanvulling op de professionele zorg coördineert. Centraal daarbij staat een zorgplan voor elke patiënt dat met behulp van een logboek wordt bewaakt. Voor het vervullen van deze functie van casemanager komen met name ook maatschappelijk werkenden in aanmerking.

De huisarts

In het basistakenpakket van de huisarts staat: 'Het is de taak van de huisarts de hulpverlening door de diverse hulpverleners uit de eerste en tweede lijn te coördineren'. Dit basistakenpakket van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) weliswaar richtsnoer voor wat de Nederlandse huisarts zou moeten doen, maar wordt zeker niet door elke huisarts waargemaakt. Met name voor de huisarts speelt de relatie tussen takenpakket en normpraktijk. Door de overheid en financiers is een verdere normpraktijkverkleining, bijvoorbeeld tot 2000, afhankelijk gesteld van aantoonbare verdere uitvoering van taken. Het gaat dan naast bijvoorbeeld kleine chirurgie, nascholingsactiviteiten en overleg met apothekers over geneesmiddelenbeleid, ook om het vervullen van de spilfunctie in de eerstelijns. Omdat de noodzaak tot verdere praktijkverkleining door enkelen wordt betwijfeld, denkt men erover om deze activiteiten te gaan belonen via een - al dan niet individuele - verhoogde abonnementsvergoeding of via het verrichtingentarif. Voor de huisartsen kan het vervullen van de spilfunctie dus direct gevolgen hebben voor de honorering.

Was in het verleden de aandacht gericht op samenwerking binnen de eerste lijn, thans gaat het om de poortfunctie van de huisarts naar de tweedelijns. Voor de LHVs het politiek uiteraard erg aantrekkelijk om de huisarts te presenteren in die poortfunctie i.c. als bewakervan de kosten. Er wordt door hen bijna vanzelfsprekend vanuit gegaan dat de huisarts

die spilfunctie kan claimen. Dat wordt beargumenteerd vanuit de substitutiegedachte, dat wil zeggen overname van taken door de eerstelijns die nu in de tweede lijn liggen. De toenemende tendens van ziekenhuizen om naar buiten toe diensten aan te bieden c.q. klanten te werven, maakt dat de huisarts daarin een tegenbod wil doen en gaat spreken over de aspecialist-huisarts, waarbij de huisarts zichzelf aan de poort van de zorg (en daarmee van de kosten) ziet staan.

Lems neemt deze optie van de LHV kritiekloos over en stelt zelfs dat de huisarts weer de eindverantwoordelijkheid over de wijkverpleging moet krijgen."

Vooralsnog leidt deze optie echter nog niet tot inhoudelijk andere activiteiten van de huisartsen. Het ligt veeleer voor de hand dat de ziekenhuizen hierin het voortouw zullen nemen. Uiteindelijk is bij een goede samenwerking tussen medische staf en directie de organisatie van de ziekenhuizen buitengewoon sterk vergeleken met die van de huisartsen en de eerste lijn.

De coördinatie van de zorg in de eerste lijn zelf wordt óók door de huisartsen geclaimd. Ze noemen daarbij casemanagement en procesmanagement als het gaat om versterking van de thuiszorg, het stimuleren van zelfhulp en mantelzorg, en begeleiding. Deze begrippen lijken door het LHV-bestuur van het maatschappelijk werk geleend, waar een dergelijke benadering reeds langer gemeengoed is.

De wijkverpleegkunde

Ook in de wereld van de verpleging wordt coördinatie van zorg reeds lang als een verpleegkundige taak gezien. In het in 1974 door de Centrale Raad van de Volksgezondheid uitgebrachte rapport *De taak van de verpleegkundige* wordt als een van de drie kerndimensies van het verpleegkundig beroep gezien: 'het coördineren van interventies, die zich in de directe omgeving van patiënt of cliënt afspelen'. De coördinatie van de ondersteunende, verzorgende en genezende activiteiten rond de patiënt wordt door de verpleegkundige gedaan en zij draagt daar ook de verantwoordelijkheid voor..

In het *Advies Verpleegkundig Beroepsprofiel* zijn deze kerndimensies niet meer terug te vinden.¹⁰ Er worden voor de verpleegkundige van het eerste deskundigheidsniveau, welke de wijkverpleegkundige ook is, coördinerende taken geformuleerd, gericht op coördinatie van verpleegkundige activiteiten, het consulteren en verwijzen.

De eerste geformuleerde kerndimensies hebben in de verpleegwereld veel erkenning gevonden en blijken zeer bruikbaar in de verpleegkundige praktijkuitvoering en beroepsopleiding. De Nationale Kruisvereniging pleitte onlangs nog eens uitdrukkelijk voor een

coördinerende rol van de wijkverpleging bij de individuele zorgverlening aan chronisch zieken en mensen met een handicap."--

Wie?

Boekholt geeft aan dat de discussie over de coördinatie van zorg en de rol van de verpleegkundige daarin niet in zijn algemeenheid moet worden gevoerd.¹² De discussie moet gespecificeerd worden naar verschillende typen en niveaus van coördinatie: de afstemming van de eigen verpleegkundige taken, én tussen verpleegtaken en de bijdragen van andere disciplines (bijvoorbeeld de medische). Met name ten aanzien van dit laatste kunnen er zich problemen voordoen. Boekholt meent dat 'coördinatie van zorg over disciplines heen een uitkomst moet zijn van processen van vormgeving aan zorgbeleid. [...] In principe dienen alle betrokkenen aan deze processen deel te nemen. De uitkomst kan per situatie, per patiëntencategorie of per sector verschillen. Dat is volstrekt niet erg, als de uitkomst maar op goede patiëntenzorg geënt is en door betrokkenen wordt gedragen'.

Coördinatie van zorg vindt - formeel of informeel - plaats in een team. Elkins geeft aan dat dan door de samenwerkende partijen aan een aantal voorwaarden voldaan dient te worden: goed ontwikkelde autoriteitslijnen, functionele verwijzingsmechanismen, open communicatielijnen, frequente communicatie, wederzijdse doelgerichtheid en wederzijds respect." Het autonome karakter van professies, zoals de huisartsgeneeskunde is en (nog) in mindere mate de wijkverpleegkunde, zou dit in de weg kunnen staan."

Amerikaans voorbeeld

Over wie nu in welke situatie de coördinatorrol op zich zou moeten nemen, zijn in Nederland geen criteria beschreven. De Amerikaanse patiëntenorganisatie *Society of Patient Representatives* heeft echter voor een goede *patient advocate* een aantal kwalificaties geformuleerd die, gezien de afspraak van de kerndisciplines dat de hulpvrager moet bepalen wie de coördinator van zorg wordt, ook van toepassing kunnen zijn op de kwalificaties voor de coördinator van zorg.¹⁵

De 'patient advocate' moet volgens hen:

1. Op de hoogte zijn van het gezondheidssystem.
2. Een opleiding - of ervaring - hebben waarin menselijke relaties, communicatie, supervisie, management, conflictoplossing en medische termen aan bod zijn geweest..
3. In nauw contact staan met de patiënt.
4. Iemand zijn van wie de patiënt vindt dat deze handelt ten gunste van zijn/haar belangen.

5. Bepaalde persoonlijke eigenschappen bezitten, zoals op alle niveaus durven appeleren, zelfmotivatie, objectiviteit, invoelingsvermogen, tact, flexibiliteit, vasthoudendheid, gevoel voor humor en het kunnen omgaan met stress en druk.

De 'patient advocacy' is opgenomen in de ethische code van de *International Council of Nursing*.¹⁶ Het wordt dan ook algemeen beschouwd als een verpleegkundige functie.

Abrams beschreef de verschillende invullingen van de *patient advocate*:

1. basale ondersteuning van de patiënt bij diens verwerking, emoties en dergelijke ('counselor' of lekentherapeut);
2. helpen van de patiënt bij het nemen van beslissingen omtrent zijn gezondheidszorg, bijv. bij de afweging van therapeutische keuzen;
3. bewaken van de rechten van de patiënt in het zorggebeuren;
4. fungeren als vertegenwoordiger van de patiënt, bijv. in een noodsituatie;
5. bewaken van de kwaliteit van de zorg aan een patiënt, bijv. bij de informatieoverdracht in een ziekenhuis.¹⁷

Abrams pleit er overigens voor dat alle professionals voor al deze vormen en taken verantwoordelijk zijn.

Bufferfunctie

In Nederland zijn aspecten van de *patient advocacy* onderzocht door M. Baarslag bij klinische kankerpatiënten en door J. Pool op chirurgische afdelingen. Beide auteurs spreken over *buffergedrag* van de verpleegkundige in de driehoek arts-patiënt-verpleegkundige.

Baarslag richtte zich met name op het functioneren van de verpleegkundige in klinische-researchsituaties bij kankerpatiënten.¹⁸ Hij onderscheidt bij de verpleegkundigen vier aspecten van de bufferfunctie:

- twijfel aan de behandeling;
- twijfel aan de kwaliteit van de toetsing (van de patiënt aan een experimentele behandeling);
- twijfel aan de motivatie van de artsen;
- uit die twijfel voortvloeiende handwijze.

Pool onderscheidt *therapeutisch gedrag* van verpleegkundigen - daarbij gaat het om de eerste door Abrams genoemde invulling van *patient advocacy*; deze is primair gericht op de patiënt en *buffergedrag*, dat betrekking heeft op het vertegenwoordigen van de patiënt in de relatie met de arts (punt 4 en eventueel 3 van Abrams).¹⁹ Hij neemt dit *buffergedrag* overigens alleen waar bij oudere ervaren verpleegkundigen. Een nadere aanzet voor de discussie leveren Grijpdonk & Pool. Zij pleiten voor een verdere ontwikkeling van de bufferfunctie als wezenlijk onderdeel van professioneel gedrag van de verpleegkundige."

Tabel 1: Frequentie van zorgverlening wijkverpleegkundige en huisarts

	Frequentie	wijkverpik.	huisarts	reumatoloog
f>	3 X/week	9	0	0
f=	2 à 3 X/week	6	0	0
f=	1 tm 4 X/maand	4	0	0
f=	1 à 2 x/2 maanden	0	10	2
f=	4 X/jaar	0	6	9
f=	2 x/jaar	4	4	1
f=	1 x/jaar	0	3	0
f<	1 x/jaar	0	0	11

Tabel 2: Hulpverleners bij een aantal probleemgebieden

Hulp bij	mantel-zorg'	wijk-verpl	huis-arts	overigen
Aantluitkleden en wassen	9	11	0	3*
Zorg vergroeningen	1	6	0	15 !
Gebruik medicijnen	3	9	0	2
Verbinden etc.	2	8	0	0
Zoeken vrijetijdsbesteding	5	9	0	5
Voorschriften medicijn	2	8	3	4@
Zingeving leven	4	7	0	4
Verwerking & acceptatie	5	14	2	5

* : meerdere mantelzorgers bij hulpverlening mogelijk.

! : fysiotherapeut

@ : met name reumatoloog

⊗ : met name gezinszorg

Chronische reumapatiënten

Veel aspecten van de *patient advocacy* zijn terug te vinden bij de coördinatorfunctie en kunnen helpen om te bepalen welke discipline hiervoor in aanmerking komt. Wij zullen dit in een voorbeeld uitwerken.

Bij chronisch zieken is de coördinatorrol extra belangrijk. Dezen zullen immers gedurende langere periode met veelal meer hulpverleners te maken hebben; bovendien komen zaken als verwerking van het ziekteproces en de maatschappelijke gevolgen uitdrukkelijker aan de orde. In recent onderzoek onder thuiswonende reumatoïde arthritispatiënten is nagegaan hoe de feitelijke hulpverleningssituatie eruit ziet.²¹ In deze groep spelen mantelzorgers vaak ook nog een belangrijke rol. De onderzoekspopulatie bestond uit 23 thuiswonende reumatoïde arthritispatiënten in de regio Breda, die zowel van hun huisarts als van de wijkverpleegkundige zorg ontvingen. De zorgverlening is met behulp van interviews bestudeerd.

In tabel 1 is de frequentie van hulpverlening beschreven naar soort hulpverlener, zoals de patiënt dit aangaf.

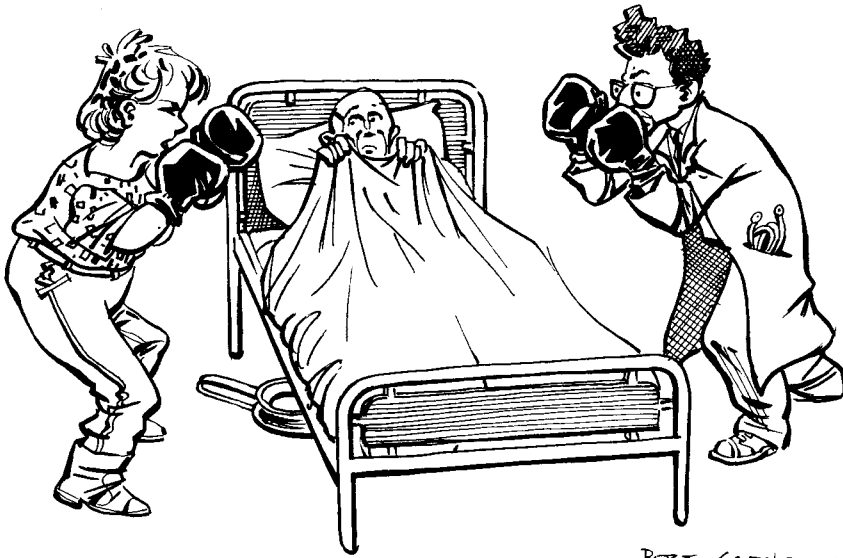
In tabel 2 is een aantal verschillende zorggebieden weergegeven en wie hierbij volgens de patiënt hulp verlenen. Onder mantelzorg wordt hierbij verstaan: de partner, huisgenoten, vrienden en buren. Opgemerkt moet worden dat bij deze groep de gezinszorg veel hulp

verleent, met name bij de huishoudelijke activiteiten; dit omdat deze patiënten hierin in meer of mindere mate belemmerd waren. Het algemeen maatschappelijk werk bleek bij deze mensen geen bijdrage te leveren aan de hulpverlening. Waar hulp verleend is bij het gebruik en verkrijgen van hulpmiddelen en aanpassingen, was het de wijkverpleegkundige die hulp bood, met in een incidenteel geval ook de reumatoloog.

Uit tabel 2 blijkt ook dat de huisarts bij het merendeel van de zorggebieden een ondergeschikte rol speelt. Opmerkelijk is dat dit ook geldt voor de laatste 3 zorggebieden uit de tabel, waarbij een rol voor de huisarts veelal gedacht wordt. De wijkverpleegkundige daarentegen blijkt op deze gebieden juist veel hulp te verlenen; bovendien ook nog op andere gebieden.

Wanneer we de huisarts en wijkverpleegkundige nu in hun feitelijk functioneren vergelijken aan de hand van de criteria van de *Society of Patients Representatives*, dan lijken beide disciplines in principe hieraan te voldoen. De frequentie van de contacten met de patiënt is bij de wijkverpleegkundige echter veel hoger en er komen in dat contact meer aspecten aan bod.

Bezien we de verschillende vormen van *patient advocacy* dan lijkt de wijkverpleegkundige door haar nauwe contact met de patiënt voor de functie van onder-



steuning (Abrams 1) de meest geëigende discipline. Ook bij het helpen beslissingen nemen lijkt de wijkverpleegkundige in eerste instantie de eerst aangewezen, aangezien het bij deze groep veelal om meer zorggerichte kwesties zal gaan. (Abrams 2). De vertegenwoordigende functie kan door beide disciplines vervuld worden; voor wat betreft, de huisarts zal dat overigens afhankelijk zijn van de wijze waarop deze zich opstelt ten opzichte van de reumatoloog.

De kwaliteit *kan* (en *moet*) door beide disciplines bewaakt worden. Beide claimen immers een professionele verantwoordelijkheid in deze.

Concluderend kunnen we stellen dat de wijkverpleegkundige bij deze onderzochte groep patiënten de meeste geëigende discipline is voor de coördinatiefunctie. Bovendien tonen de patiënten zich tevreden over de zorgverlening door de wijkverpleegkundigen (20 van de 23 zijn redelijk tot zeer tevreden over de verleende wijkverpleegkundige hulp) en de goede verstandhouding tussen wijkverpleegkundige en patiënt (22 van de 23 patiënten beoordelen deze als goed).

De spelfunctie of coördinatie van zorg is volop in discussie. Gezien hun taken lijken huisarts en wijkverpleegkundige daarvoor het meest in aanmerking te komen. Wanneer we echter nagaan hoe beide beroepsgroepen dit bij een groep thuiswonende reumapatiënten waarmaken, dan blijken de huisartsen - in weerwil van alle claims van de LHV voor de toekomst - hier feitelijk weinig van terecht te brengen. De criteria, zoals die vanuit de patiëntenbeweging geformuleerd zijn, laten zien dat de wijkverpleegkundige de beste papieren in huis heeft om die functie, althans bij deze groep patiënten te vervullen. Er moeten echter nog veel stappen worden genomen om het coördinatorschap optimaal gestalte te kunnen geven. In feite geldt thans dat

de wijkverpleegkundige weliswaar de juiste opleiding heeft voor de coördinatiefunctie, maar dat in individuele gevallen ervaring en mentaliteit tekort kunnen schieten. Voor de huisartsen geldt dat zij geen opleiding voor de coördinatiefunctie hebben, maar dat sommigen door hun instellingen ervaring deze functie toch heel goed vorm weten te geven.

Het overheidsbeleid is erop gericht de coördinatiefunctie sterker te maken. Wij pleiten voor een vernieuwde organisatie en samenwerking rondom de patiënt. Goede afspraken hierover zijn belangrijk, maar de mentaliteit van de hulpverleners is minstens zo belangrijk.

Noten

1. Ministerie van WVC, *Nota 2000 over de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid; feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*, Rijswijk april 1986.
2. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Nota visie op zorgverlening van de eerste lijn*, Zoetermeer maart 1987; en Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Nota aanzetten voor een structuur van de eerste lijn*, Zoetermeer 1987.
3. *Karakteristiek voor eerstelijnszorg huisartsgeneeskunde, wijkverpleegkunde, algemeen maatschappelijk werk en gezinsverzorging*, onderdeel van een grotere nota van de Nationale Kruisvereniging, *Opvattingen van het kruiswerk naar aanleiding van de discussie over de nota 'Contouren Eerstelijnsgezondheidszorg'*, Bunnik 1983.
4. Zie artikelen van J. van Lieshout in: *Welzijns weekblad* 1988, nr. 18/19, nr. 20, nr. 23/24.
5. P. Lems, 'Managed care in gezondheidscentra' in: *TGP(1988)* jrg. 6, nr. 1, pg. 13-16.
6. Landelijke Huisartsenvereniging, *Basistakenpakket van de huisarts*, Utrecht 1983.
7. Landelijke Huisartsenvereniging, *De huisarts en de thuiszorg. Een handreiking*, Utrecht 1988.
8. zie noot 5.
9. Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *De taak van de verpleegkundige*, 's-Gravenhage 1974.
10. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Verpleegkundigberoepsprofiel*, Utrecht 1984.
11. Nationale Kruisvereniging *Het kruiswerk voor mensen met een handicap*, Bunnik 1988.
12. Boekholt, M.G., 'De verpleegkundige, coördinator van zorg?' in: verslag van het symposium *De verpleegkundige: coördinator van zorg!*, Groningen 1986; uitgegeven door de St. Noordelijke Platform voor Verpleegkundige Beroepsontwikkeling.
13. Elkins, C.P., *Community Health Nursing: Skills and Strategies*, Brady (Bowie) 1984.
14. Smeets, H., 'De verpleegkundige: coördinator van zorg!', in: verslag van het symposium *De verpleegkundige: coördinator van zorg*, Groningen 1986.
15. Robinson, M.B., *Patient Advocacy and the Nurse: Is there a conflict of interest?*, Nursing Forum 1985, 2, pg. 58-63.
16. *Code for Nurses*, International Council of Nurses, Mexico 1973.
17. Abrams N., *A contrary view of the nurse as patient advocate*, Nursing Forum, 1978 no 3, pg. 258-267.
18. Baarslag, M., 'De bufferfunctie van de verpleegkundige', in: *Metamedica*, jrg. 64 (1985), pg. 173-187.
19. Pool, J.J., 'De verpleegkundige als buffer tussen arts en patiënt', in: *Metamedica*, jrg. 61 (1982), pg. 232-239.
20. Grypdonk, M. en A. Pool, 'De verpleegkundige tussen arts en patiënt', in: *Verpleegkunde*, 1, nr. 3 (november 1986), pg. 188-190.
21. Mostert, H.A., *De (on)vervulde behoefte aan hulp bij reumatoïde arthritispatiënten in wijkverpleegkundige zorg*, Maastricht, augustus 1987; en Mostert, H.A., R. Starmans en R.M. Bal, 'Continuïteit van zorg bij thuiswonende reumatoïde arthritispatiënten', in: *Medisch Contact* 1988.

VROUWEN- GEZONDHEIDS- ZORG

Vrouwengezondheidszorg bestaat in ons land al ruim tien jaar. Het is ontstaan als protest en een vernieuwingsbeweging, omdat men vond dat de gezondheidsproblemen van vrouwen overwegend door mannen werden gedefinieerd.

Hoe staat het er na tien jaar voor? De fase van aanklagen is voorbij. Het inzicht dat klachten van vrouwen in belangrijke mate samenhangen met haar maatschappelijke positie heeft terrein gewonnen. Naast vrouwenzelfhulpgroepen zijn vrouwengezondheidscentra en vrouwentherapiecentra ontstaan, waarin men methoden van hulpverlening heeft ontwikkeld die beter aansluiten bij de vraag van vrouwen: vrouwenhulpverlening genoemd. Het stadium waarin voortdurend verantwoording moet worden afgelegd over de vraag waarom aparte aandacht voor de gezondheidsproblemen van vrouwen noodzakelijk is, ligt achter ons. Althans, in theorie.

Vrouwengezondheidszorg is nu aangeland in een fase waarin haar ideeën in bredere kring worden verspreid. Een voorbeeld hiervan is het gegeven dat de Vereniging van Nederlandse Vrouwenlijke Artsen (VNVA) haar lustrumcongres op 1 oktober a.s. aan vrouwenhulpverlening zal wijden.

Het terrein blijkt echter ook heel aantrekkelijk voor de farmaceutische industrie en voor fabrikanten van maandverband. Sedert begin dit jaar verspreidt Medialert BV gratis onder alle huisartsen het blad *De Vrouwelijke Patiënt*. De popu-

lair wetenschappelijke artikelen over vrouwenkwalen worden royaal afgewisseld met reclame voor allerlei hormoonpreparaten en voor damesverband: 'Kotex Brevia fabrikant geeft voorlichting over vaginale afscheiding'.

De redactie van TGP achtte de tijd rijp om een themanummer over vrouwengezondheidszorg uit te brengen, nu zich er een nieuwe fase begint af te tekenen. Wij vroegen ons af wat er nu werkelijk van de ideeën in de reguliere hulpverlening en medische opleiding is doorgedrongen. Is er al sprake van enige wetenschappelijke onderbouwing van vrouwenhulpverlening en is er al iets te zeggen over de effecten van vrouwenhulpverlening? Hoe staat men in het veld tegenover het integratiebeleid van de overheid ten aanzien van vrouwenhulpverlening?

In dit nummer zal een poging worden gedaan om een aantal van deze vragen te beantwoorden.

Over de resultaten van vrouwenhulpverlening zijn helaas nog weinig gegevens beschikbaar. Er is nauwelijks goed onderzoek waarin sprake is van effectmeting. Wel komen er eind dit jaar gegevens van het feministische gezondheidszorgproject Aletta in Utrecht. Men is daar namelijk gestart met een evaluatie-onderzoek naar de geboden hulpverlening. Door middel van observaties tijdens spreekuren en interviews met de huisartsen van het project wordt bekeken wat er

in de praktijk van de feministische uitgangspunten terechtkomt. Bijpatiënten zal met behulp van diepte-interviews worden nagegaan wat men merkt van het feministische aspect van de hulpverlening en in hoeverre het gedrag ten opzichte van de klachten erdoor is veranderd.

Vrouwenhulpverlening, in de experimentele fase is ontwikkeld in het kader van het emancipatiebeleid van de overheid. Het werd aanvankelijk dan ook gesubsidieerd door de afdeling Emancipatiebeleid (DCE) van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. In januari vorig jaar is vrouwenhulpverlening, echter overgeheveld naar het ministerie van vvc en sindsdien valt het onder verantwoordelijkheid van staatssecretaris Dees. Deze stelt nadrukkelijk dat integratie het uitgangspunt van het overheidsbeleid vormt.

De projectgroep Vrouwenhulpverlening, destijds ingesteld om de overheid hierover te adviseren, bepleitte in haar eindadvies twee jaar geleden een tweesporenbeleid: naast integratie binnen de bestaande instellingen en opleidingen moest er ook ruimte blijven bestaan voor de ontwikkeling van autonome projecten voor vrouwenhulpverlening. De overheid lijkt echter voornamelijk op het eerste spoor te zitten. ANKE STEINMAN, coördinator van het project vrouwenhulpverlening van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) bekijkt hoe de integratie van vrouwenhulpverlening binnen de AGGZ verloopt. Zij plaatst enkele kritische kanttekeningen bij de vraag of deze integratie op korte termijn kan en moet worden bereikt.

Vrouwelijke huisartsen die hun ideeën over feministische hulpverlening in de praktijk willen toepassen, zitten vaak met de handen in het haar omdat er voor veel voorkomende vrouwenklachten nog geen goede vrouwenhulpverleningsmethodieken zijn ontwikkeld. Het interview met VERA KAMESCHRÖER geeft een beeld van de problemen waarmee een feministische huisarts in de dagelijkse praktijk wordt geconfronteerd, zelfs in een wat gezondheidszorg betreft progressieve gemeente als Almere.

Veelgehoorde kritiek op vrouwenhulpverlening is dat er toch ook geen aparte mannenhulpverlening bestaat. Die kritiek is terecht: mannen hebben het tegenwoordig ook niet gemakkelijk. Ze leven gemiddeld zeven jaar korter dan vrouwen en de veranderende rolpatronen eisen hun tol. Het verheugt de redactie dan ook de primeur te mogen presenteren van de eerste leerstoel 'Mannenkunde' aan de medische faculteit van Maastricht. LIDY SCHOON bericht over deze dubbele leerstoel, waarin zowel aspecten van de

geestelijke als lichamelijke gezondheid van mannen tot op de bodem worden uitgediept. Vrouwenstudies in het medisch onderwijs komen er daarbij vergeleken maar bekaaid vanaf: er is nog geen enkele leerstoel in zicht. Bij slechts twee medische faculteiten is formatieruimte gereserveerd voor medewerkers vrouwenstudies ten behoeve van onderwijs in de basisopleiding.

In de beroepsopleiding voor huisartsen staat de zaak er gelukkig iets gunstiger voor, al is dat vooral dank zij het feit dat deze opleiding zojuist met een jaar is verlengd en er dus behoefte aan extra leerprogramma's is. MARIANNE COOPMANS, beleidsmedewerkster bij het vrouwegezondheidszorgproject Aletta, beschrijft de totstandkoming van een cursusprogramma vrouwengezondheidszorg bij de Utrechtse huisartsenopleiding. Het is tevens een voorbeeld van de wijze waarop het medisch onderwijs vanuit de vrouwegezondheidsbeweging wordt beïnvloed.

Aan onderzoek is men bij vrouwenstudies geneeskunde nog nauwelijks toegekomen. FRANSJIE VAN DER WAALS, huisarts en wetenschappelijk medewerkster vrouwenstudies, stipt in een voordracht ter gelegenheid van de studiedag 'Vrouwen worden beter ...' aan waar het volgens haar met het onderzoek over vrouwegezondheidszorg naar toe zou moeten.

Kathy Davis, zes jaar geleden als medewerkster vrouwenstudies aangesteld bij de medische faculteit van de vu in Amsterdam met een onderzoeksoopdracht, heeft haar taak afgerond met een proefschrift. Met behulp van conversatie-analyse beschrijft zij de subtiele machtsstrijd in de spreekkamer tussen mannelijke huisarts en vrouwelijke patiënt. Het is een uitgesproken voorbeeld van kwalitatief onderzoek dat niet goed past binnen de gangbare medische wetenschapstraditie. Kathy Davis promoveert dan ook aan de faculteit der sociaal-culturele wetenschappen en niet aan de medische faculteit. MARY FAHRENFORT bespreekt dit proefschrift uitgebreid en plaatst het tevens binnen de feministische theorievorming over machtsrelaties.

Als laatste een onderwerp dat ook belangrijke consequenties heeft voor de gezondheid van vrouwen: bevolkingsonderzoek op baarmoederskanker door middel van uitstrijkjes. Bij de Erasmusuniversiteit in Rotterdam is onlangs een kosten-batenanalyse hierover verschenen met verstrekkende aanbevelingen voor het overheidsbeleid. THEA DUKKERS VAN EMDEN beschrijft wat de implicaties voor vrouwen kunnen zijn.

Vrouwenhulpverlening

Integratie in theorie en praktijk

Vrouwenhulpverlening is zonder twijfel de meest vernieuwende ontwikkeling van de laatste jaren in de gezondheidszorg. Zij bepleit een vergaande mentaliteitsverandering, bij hulpverleners, die zowel gevolgen heeft voor hun visie op hulp verlenen als voor de wijze waarop ze hun vak uitoefenen. Ook voor de organisatie van de instellingen heeft ze verstrekkende gevolgen.

Was er tot nu toe sprake van twee gescheiden circuits: aan de ene kant de reguliere - gesubsidieerde - instellingen, aan de andere kant een autonoom circuit van ruim driehonderd vrouwenhulpverleningsprojecten, over het algemeen nauwelijks of niet gefinancierd, nu krijgt opeens de integratie van vrouwenhulpverlening alle prioriteit.

Anke Steinman neemt in dit artikel de integratie onder de loep, zoals die binnen de AGGZ verloopt. Wat is de theorie erachter en hoe werkt deze in de praktijk? Hoe snel of langzaam gaat het, zou het moeten gaan?

linke Steinman, klinisch psychologe en coördinatrice van het project vrouwenhulpverlening, bij de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

Vrouwenhulpverlening is niet uit de lucht komen vallen. De patiëntenbeweging heeft de aandacht gevestigd op de noodzaak van een grotere mondigheid van de hulpvragers, terwijl de vrouwenbeweging de machtsverschillen tussen vrouwen en mannen en de effecten daarvan, onder andere op de hulpverlening, heeft blootgelegd. Vrouwenhulpverlening is ontstaan als reactie op de hulpverlening die tot dan toe aan vrouwen werd geboden en die werd ervaren als een verlengstuk van de maatschappelijke onderdrukking van vrouwen. Problemen waarmee vrouwen bij hulpverleners aanklopten, werden te weinig serieus genomen, omgevormd tot voor hulpverleners bekende categorieën, of als een zaak van de individuele vrouwen beschouwd. (Ruiter e.a., 1984).

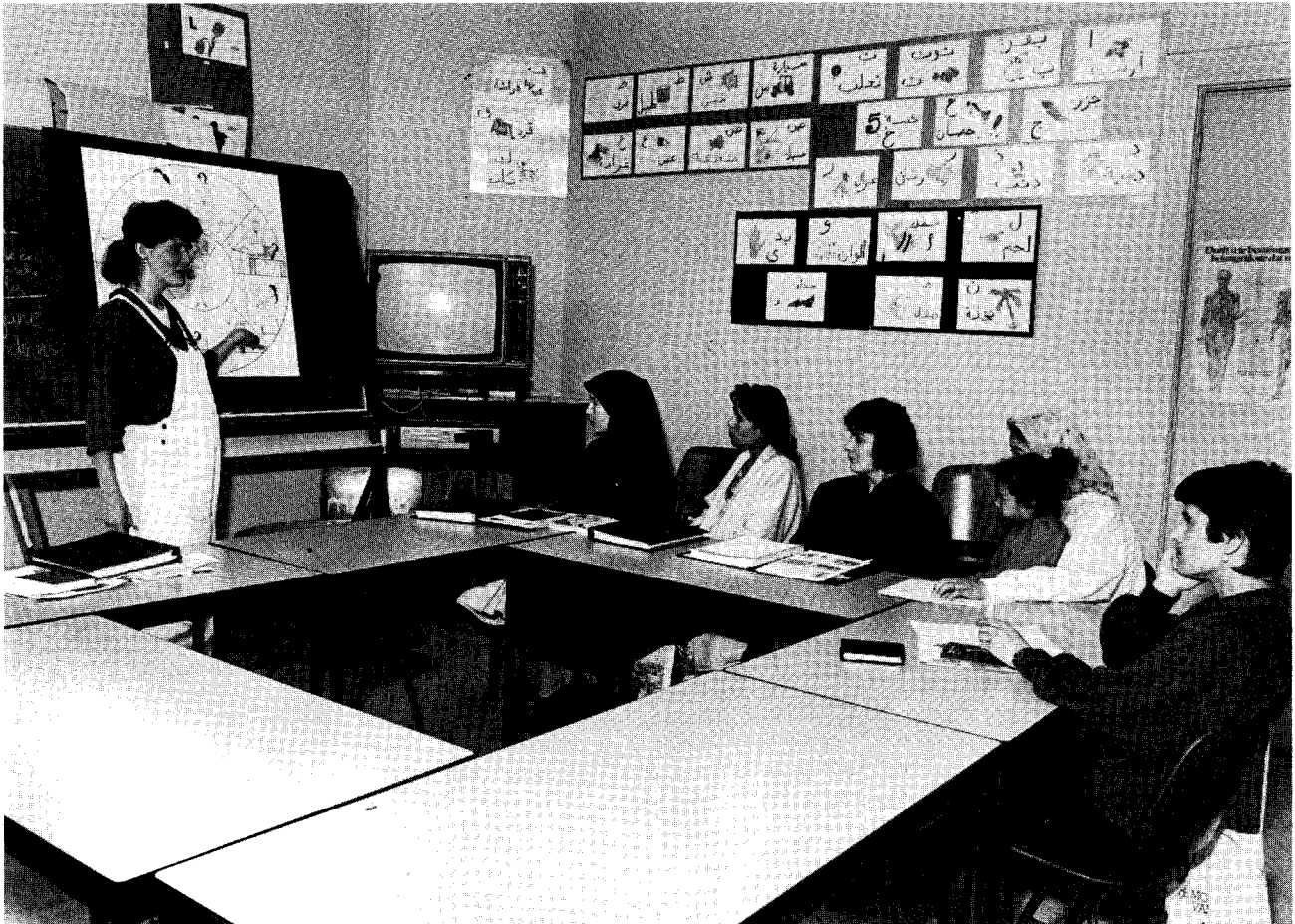
Vrouwen gingen dan ook hun eigen vormen van hulpverlening opzetten en noemden dit vrouwenhulpverlening.

Hiermee wordt, kort gezegd, bedoeld dat vrouwelijke hulpverleners, meestal in groepen, een vorm van ondersteuning en begeleiding bieden die vrouwen kan helpen om te ontdekken hoe ze willen leven, los van wat van hen wordt verwacht.

Eerst speelde dit zich vooral in zelfhulpgroepen af, maar gaandeweg werden de initiatieven zo professioneel dat er naast de gevestigde instellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (het zogenaamde reguliere circuit) een apart 'alternatief' of autonoom circuit is ontstaan. Daar wordt nu in meer dan 300 projecten door vrouwen hulp verleend op basis van hun eigen betrokkenheid en ervaring, die zeker zo belangrijk worden gevonden als een opleiding tot hulpverleenster (waar ze overigens in veel gevallen wel over beschikken). Een klein deel hiervan wordt gesubsidieerd door provincies of gemeenten, en ze-

ven! projecten, die geacht worden een landelijke 'uitstraling' te hebben, worden gefinancierd door wvc.

Deze ontwikkeling is niet ongemerkt aan de instellingen voorbij gegaan. In eerste instantie riep (en roept) zij weerstanden op: het is in het reguliere circuit namelijk niet gebruikelijk om in politieke termen naar mensen en situaties te kijken; hulp verlenen vanuit je eigen betrokkenheid wordt nogal eens als 'verdacht' beschouwd: afstand en objectiviteit staan hoog in het vaandel. Inhoudelijk en organisatorisch plaats maken voor vrouwenhulpverlening zien we nu in een deel van de instellingen, zij het in laag tempo en niet erg van harte, toch wel gebeuren. Dat het gebeurt, is te danken aan de druk die hiertoe op hen wordt uitgeoefend. Allereerst door hun eigen medewerkers, die worden beïnvloed door de gestage en steeds bredere verspreiding van ideeën uit de vrouwen-



Migrantenvrouwen bereiden zich voor op voorlichtingstaak

Mieke Schlaman

beweging en die daar dan ook in hun hulpverlening uitvoering aan willen geven. Op de tweede plaats door druk van buitenaf. Deze speelt ook een stimulerende rol. Instellingen worden door cliënten, verwijzers en andere instellingen steeds vaker aangesproken op een gebrek aan vrouwvriendelijkheid en krijgen klachten over de kwaliteit van de zorg (een even duidelijk als schrijnend voorbeeld hiervan is de recente aandacht voor seksueel misbruik van vrouwen door hulpverleners).

Het ministerie van vvc heeft vrouwenhulpverlening in haar beleid opgenomen en de inspectie laat haar regionale inspecteurs op dit gebied bijscholen, om de verschillende aspecten van vrouwenhulpverlening beter mee te kunnen nemen in hun taak: het houden van toezicht op de kwaliteit van de hulpverlening.

Gescheiden circuits

De afgelopen 10 jaar zijn er dus in de ambulante geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening twee gescheiden circuits van zorg ontstaan. Deze merkwaardige situatie lijkt in te druisen tegen de belangen van de

verschillende bij de hulpverlening betrokken partijen, namelijk: de cliënten, instellingen, autonome hulpverleningsprojecten en de overheid.

De vrouwelijke cliënten zijn gebaat bij een duidelijk aanbod. Wie, na het besluit hulp te zoeken, geconfronteerd wordt met de huidige veelheid aan instellingen en projecten, staat niet voor een simpele keuze. Men wil uiteraard goede hulp en liefst gratis, dat wil zeggen vergoed door de verzekering. De vrouwen die, vaak na negatieve ervaringen, de gevestigde hulpverlening links laten liggen en elders betere hulp vinden, merken dat wel in hun portemonnaie; niet-gesubsidieerde projecten moeten in het algemeen een eigen bijdrage van de cliënte vragen.

De reguliere AGGz-instellingen daarentegen worden wel uit de sociale verzekeringspremies betaald en hebben dan ook de taak bij ernstige psychische problemen aan ieder die dat nodig heeft gratis goede hulp te verlenen. Wat men onder goede hulp verstaat, is aan verandering onderhevig. De huidige kritiek op met name de RIAG maakt dit duidelijk. Gelukkig wint steeds meer de opvatting terrein dat het hulpaanbod afgestemd moet zijn op de vraag, terwijl uit

onderzoek blijkt dat dit in het verleden te vaak andersom is gegaan (Ruiter e.a., 1984). De behoefte aan vrouwenhulpverlening is inmiddels voldoende gebleken en de instellingen kunnen dan ook aan een deel van de kritiek tegemoet komen door deze lacune in hun aanbod op te vullen. Met het oog op de toekomst na Dekker, wanneer de vanzelfsprekende spelfunctie voor de instellingen zal verdwijnen en ze een gunstige concurrentiepositie moeten veroveren, lijkt dit eens te meer een verstandige manoeuvre.

Maar ook aan de kwaliteit van de hulpverlening zelf zal vrouwenhulpverlening, met haar duidelijk omschreven theoretisch kader en uitgangspunten een stimulerende bijdrage leveren. Meer dan de helft van de cliënten van de reguliere instellingen zijn vrouwen, en deze kunnen beter en effectiever geholpen worden.

De autonome hulpverleningsprojecten bevinden zich in een verre van riant positie. Onder slechte voorwaarden (weinig en slechte werkruimte, onder- of onbetaald) doen zij pionierswerk, waarvoor de erkenning en waardering vooralsnog gering is.

De overheid ten slotte is het bestaan

van twee circuits in de AGGZ een doorn in het oog, enerzijds vanwege de economische en financiële consequenties, anderzijds omdat de kwaliteit van de zorg door de gigantische versnippering uiterst moeilijk controleerbaar is geworden.

Integratie

Wat ligt dus meer voor de hand dan het idee dat beide circuits maar moeten integreren? Integratie -letterlijk: het tot één geheel maken, dat daardoor krachtiger wordt -lijkt de toverspreuk te zijn geworden voor hoe het verder moet met de vrouwenhulpverlening. Maar in toverspreuken geloven we niet meer.. Hoe precies integreren? Kunnen alle taken en functies wel worden geïntegreerd? Hoe rekening te houden met de verschillende belangen hierbij? En in welk tijdsbestek kan integratie worden gerealiseerd?

De overheid toverde 'integratie' uit de hoge hoed; maar het 'veld', dat op een bepaalde manier wel degelijk belang heeft bij een verandering van de situatie, stelt vooralsnog vele kritische vragen.

Het alternatieve circuit heeft de laatste jaren, juist door haar autonome plaats buiten het systeem, relatief ongestoord een eigen visie en werkwijze kunnen ontwikkelen. Het heeft de deskundigheid opgebouwd die de instellingen nu goed kunnen gebruiken, maar wil daar dan ook voor gewaarborgd worden (Verheggen, 1986). Terecht bestaat de angst dat hun kennis wordt overgenomen en dat zij vervolgens met lege handen achterblijven: integratie van de ideeën zou kunnen leiden tot annexatie, en dat zou zeer onterecht zijn. Bovendien: zullen er niet altijd buitenstaanders nodig blijven die kunnen signaleren wat de behoeften zijn en die de instellingen kritisch moeten volgen? Ook de 'zelfhulpverlening' zal per definitie buiten de professionele instellingen een plek moeten behouden.

En hoe staat het reguliere circuit tegenover de beoogde integratie?

Bij de instelling van de landelijke Projectgroep Vrouwenhulpverlening vijf jaar geleden, door de toenmalige staatssecretaris voor Emancipatiezaken, kreeg deze de taak mee de overheid te adviseren over de integratie. De voortvarende aanpak van de projectgroep en de deskundigheid van haar leden kon niet voorkomen dat zij in haar eindadvies de nodige vraagtekens bij deze opdracht moest zetten (Projectgroep Vrouwenhulpverlening, 1986).

Het blijkt allemaal niet zo simpel: 'Zolang instellingen en opleidingen de inzichten en methoden van de vrouwenhulpverlening niet in beleidsplannen willen omzetten, is integratie van vrou-

wenhulpverlening in de reguliere gezondheidszorg (nog) niet mogelijk', is een van de conclusies. De gevestigde instellingen zijn dus nog niet rijp voor een dergelijke verandering: zij zullen eerst ruimte moeten scheppen, waarbinnen vrouwenhulpverlening door een aantal voortrekkers tot ontwikkeling gebracht kan worden. Enkele voorwaarden hiervoor zijn bijvoorbeeld: vrijgemaakte uren om te garanderen dat deze vrouwen niet steeds heen en weer worden geslingerd tussen deze taak en andere werkzaamheden waarop ze aangesproken kunnen worden, en een relatief ongebonden positie waarin ze zich niet voortdurend hoeven te verantwoorden en hun creativiteit optimale kansen krijgt.

Deze voortrekkers staat een zware taak te wachten: zowel het inhoudelijk ontwikkelen van het nieuwe specialisme vrouwenhulpverlening als het bevorderen van de kwaliteitsverbetering van de totale hulpverlening. En vervolgens moet dat alles via strategisch onderhandelen in het beleid van de organisatie worden opgenomen. Het is duidelijk dat hierbij ondersteuning nodig is. Dat erkent de overheid ook en zij laat dat tot uiting komen in haar subsidiebeleid, dat twee sporen volgt.

Enerzijds worden enkele autonome projecten gesubsidieerd, die verschillende aspecten van de inhoudelijke vrouwenhulpverlening verder ontwikkelen en deze middels samenwerking over moeten dragen aan de instellingen. Anderzijds krijgen de landelijke koepelverenigingen van de reguliere instellingen wat extra geld om daar veranderingen te bewerkstelligen (NVAGG³, JOINT en in voorbereiding een project in de psychiatrie: APZ).

Initiatieven die ondersteuning bieden aan het gehele vrouwenhulpverleningsveld (Landelijk Steunpunt VIA; Stichting Leergangen Vrouwenhulpverlening) blijven voorlopig bestaan, en het ministerie van vvc laat zich ten aanzien van de volgende te nemen stappen tot integratie bijstaan door de Adviesgroep Vrouwenhulpverlening, de opvolgster van de eerdergenoemde Projectgroep Vrouwenhulpverlening, die in oktober geïnstalleerd zal worden. Hiermee is erkend dat de uiteindelijke verwezenlijking van de integratie van vrouwenhulpverlening een zaak van de langere termijn is, en minstens enige jaren uitsel heeft..

De praktijk

Wat doen de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in de tussentijd nu concreet aan vrouwenhulpverlening?

Allereerst valt op dat, als er activiteiten op dit gebied zijn, deze gestart en

uitgevoerd worden door een kleine, enthousiaste voorhoede. Naarmate medewerkers in een instelling een grotere vrijheid hebben (gehad?) om zelf hun aanbod te bepalen, heeft dit bij aanwezigheid van feministische hulpverleners direct een stimulerende uitwerking gehad.

Kijken we naar het uitvoerend werk: het *curatieve of preventieve aanbod*, dan is duidelijk dat het aantal vrouwengroepen dat vanuit de instellingen wordt georganiseerd aanzienlijk is gegroeid, én toe blijft nemen. Ongeveer driekwart van de RIAGG biedt vrouwengroepen aan en bij nog een aantal zijn dergelijke groepen in onderzoek of voorbereiding." Al wat oudere cijfers uit het algemeen maatschappelijk werk noemen vrouwengroepen in een derde van de instellingen (De Vries, 1985). Er wordt ook steeds meer op papier gezet over de doelen en werkwijze van deze groepen en op veel plaatsen wordt het aanbod verder ontwikkeld in intervisie- of methodiekbijeenkomsten.' Ook methodiekcursussen genieten zeer veel belangstelling."

De *beleidsmatige* inpassing van de vrouwenhulpverlening in de instellingen verloopt echter moeizaam. Er is zelden een taakomschrijving, er zijn weinig of geen uren voor gereserveerd, het is niet opgenomen in beleidsnota's of presentaties van de instelling naar buiten.

Dat dit de nodige bezwaren oplevert, wordt steeds duidelijker: overbelaste medewerksters, niemand kan duidelijk aangesproken worden op vrouwenhulpverlening als onderdeel van het takenpakket, verlies van continuïteit. Veel instellingen laten enerzijds weten wel aan inpassing te werken, maar anderzijds blijken directies vaak slecht op de hoogte te zijn van vrouwenhulpverlening en haar achtergronden, er bezwaren tegen te koesteren en er in hun instellingsbeleid een relatief lage prioriteit aan toe te kennen (Deelproject Vrouwenhulpverlening, 1985, directeurenonderzoek).

De Riagg's

In veel instellingen wordt momenteel onderzocht hoe vrouwenhulpverlening het best in de organisatiestructuur kan worden opgenomen. Voor de RIAGG's is dit door hun koepelorganisatie, de NVAGG, in een nota op een rij gezet. Men kwam tot vier modellen (van meer tot minder zelfstandig):

1. een aparte *organisatorische eenheid* (team) waarin zowel intake en indicatiestelling als behandeling, preventie en dienstverlening plaatsvindt;
2. een *functionele eenheid*, dat wil zeggen deskundigen op 't gebied van



Meidenhulpverlening.

Mieke Schlamant

vrouwenhulpverlening werken verspreid over verschillende afdelingen maar daarnaast voor een deel van hun tijd in een apart team vrouwenhulpverlening, waar voornamelijk behandeling plaatsvindt;

3. de specialisten vrouwenhulpverlening werken *verspreid over alle afdelingen* (jeugd, volwassenen, ouderen, sociale psychiatrie, psychotherapie), brengen daar steeds hun visie naar voren en werken er met vrouwenproblematiek; er is dikwijls een vrijgestelde staffunctionaris vrouwenhulpverlening (tijdelijk) die de ontwikkeling coördineert;
4. alle afdelingen spreken zich ervoor uit *aandacht* te hebben voor vrouwenhulpverlening en intervisie op dit terrein is apart georganiseerd (meestal informeel). De twee minst zelfstandige vormen (3 en 4) zien we in de praktijk het meest gerealiseerd.

Het Project Vrouwenhulpverlening

van de NVAG onderzoekt de verschillende modellen van vrouwenhulpverlening. Het lijkt niet waarschijnlijk dat één model onder alle omstandigheden het beste zal blijken. De grote vraag is natuurlijk of de vrouwenhulpverlening in de RIAGG's voldoende ontwikkeld is om zich binnen een bestaande afdeling te handhaven en verder te groeien (model 3 en 4).

Eerdere onderzoekers (Nauta, 1986; Deelproject Vrouwenhulpverlening, 1985, directeurenonderzoek) komen op grond van een veelheid aan materiaal tot een voorkeur voor het meest zelfstandige, eerste model. In een apart team kan men met grote betrokkenheid werken aan het ontwikkelen van een goed onderbouwde en kwalitatief sterke vrouwenhulpverlening. De opname van dit werk in het totale RIAGG-pakket dat vervolgens moet plaatsvinden, zou echter weleens op dezelfde weerstanden kunnen stuiten als de integratie van de vrouwenhulpverlening die buiten de instellingen ontwikkeld is.

Kwaliteitsverbetering

Om een aantal redenen is integratie van vrouwenhulpverlening in de instellingen voor (geestelijke) gezondheidszorg moeilijker gebleken dan het zich een paar jaar geleden liet aanzien. Toch blijft, naar mijn mening, het streven naar deze integratie de beste strategie om de invloed van de vrouwenhulpverlening te verbreden en zodoende een kwalitatieve verbetering van de hulpverlening voor meer mensen bereikbaar te maken.

Onder integratie versta ik niet: het om zeep helpen van de autonome vrouwenhulpverleningsprojecten. Enerzijds zal er zeer zorgvuldig en met waardering met de door hen ontwikkelde methodieken en visie moeten worden omgegaan. Anderzijds zullen zij een aantal taken, zoals signalering van misstanden, het hele zelfhulpgroepenbeuren en experimenteren met nieuwe vormen van hulpverlening, moeten behouden, omdat deze niet in de reguliere instellingen zullen passen.

Ook denk ik niet dat we deze integratie snel zullen bereiken: het invoeren van vergaande (mentaliteits)veranderingen in organisaties, terwijl lang niet iedereen van de wenselijkheid ervan is doordrongen, heeft waarschijnlijk nog minstens tien jaar nodig.

De overheid kan hierbij een stimulerende rol spelen door aan instellingen expliciet de eis te stellen vrouwenhulpverlening in hun pakket op te nemen. Voor de RIAGG zou dit bijvoorbeeld betekenen dat vrouwenhulpverlening deel kan gaan uitmaken van de erkenningsnormen en dat de verbindingskantoren van de ziekenfondsen op de uitvoering ervan gaan toezien.

Nu de gezondheidszorg zo overduidelijk doelwit van bezuinigingen is, is het belangrijk vrouwenhulpverlening hier tegen te wapenen. Enerzijds moet duidelijk gemaakt worden dat de vrouwen die met vrouwenhulpverlening geholpen kunnen worden geen nieuwe doelgroep vormen, maar al sinds jaar en dag de instellingen bezoeken, zij het niet altijd tot wederzijds genoegen. Het gaat dus in principe niet om méér cliënten, maar om een kwalitatieve verbetering van de hulpverlening. Anderzijds zal voor het ontwikkelen van deze kwaliteitsverbetering enige extra ruimte gemaakt moeten worden via een herverdeling van middelen. Een flexibele regeling hiervoor, wellicht meer decentraal per regio of instelling uitvoerbaar, zal positief kunnen werken.

Tot zover de beïnvloeding van bovenaf.

Daarnaast zijn er aanbevelingen op instellings- en hulpverleningsniveau te noemen. Vrouwenproblematiek wordt nog te veel geïdentificeerd met lichte, psychosociale problemen. Dit is onjuist: dat vrouwenproblemen een rol spelen bij klachten in alle gradaties van zwaarte wordt bijvoorbeeld aangetoond door de initiatieven op dit terrein in de psychiatrie en op de afdelingen psychotherapie en sociale psychiatrie van de RIAGG. Het is belangrijk om met dergelijke informatie de beeldvorming aan te vullen en via voorlichting en publiciteit de weerstanden te verminderen.

Verder wordt het tijd dat de RIAGG-directeuren en hoofden van afdelingen gaan inzien dat vrouwenhulpverlening hen mogelijkheden biedt om de hulpverlening te verbeteren en tegemoet te komen aan een aantal belangrijke punten van kritiek op hun instelling, zeker met het oog op de concurrentiepositie die de instellingen straks moeten gaan innemen.

Landelijk, maar vooral regionaal, zullen instellingen en autonome projecten meer samenwerking met elkaar moeten gaan zoeken. Was er tot nu toe vaak sprake van tegenstrijdige belangen, voor de toekomst lijken ze tot el-

kaar veroordeeld. Binnen afzienbare tijd is het eind van de extra financieringsregelingen voor instellingen en projecten in zicht, en het lijkt mij dus zaak om gezamenlijk vormen voor integratie te ontwikkelen. Uiteindelijk is een kwalitatief betere hulpverlening voor vrouwen immers in ons aller belang.

Noten

1. Er is momenteel een evaluatie- en subsidiërende gaande. Of de zeven tot nu toe gefinancierde projecten opnieuw op subsidie kunnen rekenen is onduidelijk. De projecten zijn: Balsemien, de Maan, Aletta, de St. Eetverslaging, Opvanghuis van de St. Vrouwen 40-60, de St. Leergangen Vrouwenhulpverlening, Vereniging tegen Seksueel Kindermisbruik binnen 't Gezin.
2. Hoewel de ontwikkelingen die ik beschrijf in de gehele gezondheidszorg gaande zijn, beperk ik me bij nadere specificering tot instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's) en maatschappelijke dienstverlening (AMW), omdat ik hierover de meeste informatie heb.
3. Bij de NVAGG op 1 september 1986 een Project Vrouwenhulpverlening van start gegaan voor drie jaar.. Twee stafmedewerkers, waarvan een de auteur van dit artikel is, zullen gedurende deze periode het veld adviseren en ondersteunen en integratie van vrouwenhulpverlening in de RIAGG voorbereiden. Het adres: Postbus 8400, 3503 RK Utrecht.
4. Gebaseerd op NVAGG-inventarisatievoorraad 1987, gepubliceerd in: *Nieuwsbrief Project Vrouwenhulpverlening* van de NVAGG, september 1987.
5. Zie onder andere: De Reuver, W.; 'Vrouwengroepen binnen de RIAGG-SPD', in: NVSPV5e jaargang, nummer 19, juli 1986. Franssen, M., *Verschillen in vrouwenhulpverlening bij de RIAGG*, Maastricht, 1986; *RIAGG Zuid/Nieuw-West*, Lezingencyclus Vrouwenhulpverlening, Amsterdam 1986.
6. Deze worden onder andere georganiseerd door de Stichting Vrouwenleergangen, Volkshogescholen, Voortgezette Opleidingen van Sociale Academies.
7. NVAGG *Nota Vrouwenhulpverlening in de RIAGG's*, Utrecht 1985.

Literatuurverwijzingen

- Deelproject Vrouwenhulpverlening, *Oriënterend onderzoek onder directies RIAGG's inzake vrouwenhulpverlening*, Soza-reeks, Den Haag 1985.
- Nauta H., *Vrouwenhulpverlening en instellingsbeleid*, Scriptie VU Amsterdam 1986.
- Projectgroep Vrouwenhulpverlening, *Slangengodin en Co. Eindadvies*, Den Haag 1986.
- Projectgroep Vrouwenhulpverlening, *Bulletin Vrouwenhulpverlening*, nr. 9 1986.
- RIAGG Zuid/Nieuw-West Amsterdam, *Evaluatieverslag van een experiment*, Amsterdam 1983.
- Ruiter, M., V.d. Boogaard, J., *Het waren mijn problemen niet*, Soza-reeks, Den Haag, 1984.
- Verheggen, A., 'Vrouwenhulpverlening ervaring, deskundigheid, professionaliteit', lezing gehouden op het congres 'Innovatie of Annexatie?' te Zutphen, in: *Vrouwenhulpverlening*, nr. 8, januari 1986.
- De Vries, M., *Vrouwen leren trots op zichzelf te zijn. Onderzoeksverslag Vrouwenhulpverlening in het AMW*, Rijswijk 1985.

De Mannelijke Patiënt

De mannenarts weet meer dan wie ook hoe de man van tegenwoordig gebukt gaat onder de maatschappelijke druk van presteren en carrière maken, onder het afgewezen worden bij sollicitaties op grond van het man-zijn door het vrouwenvoor-rangsbeleid, onder de sociale overheersing door de vrouw in haar sterke eigenschappen als emotionaliteit, fantasie en associatief vermogen. Bovendien kan de verzorging van kinderen in onze rusteloze maatschappij, waarin de oorspronkelijke arbeidsdeling naar sekse op losse schroeven is komen te staan, soms leiden tot grote overbelasting van de man. Kortom, de man heeft recht op een specialist die begrip heeft voor dit spanningsveld en die dit zoveel mogelijk kan en wil benadrukken. Pas dan heeft een androloog het recht om zich mannenarts te noemen!

Met deze woorden aanvaardde professor Dr. I.A. Moes, voormalig hoogleraar in de psychiatrie, zijn leerstoel in de nieuw opgerichte specialisatie Andrologie aan de Medische Faculteit te Maastricht. De leerstoel is verdeeld over twee professoren met een eigen leeropdracht. Moes houdt zich bezig met de psychosomatische kant van mannenziekten; de voormalige hoogleraar gynaecologie, Dr. A.A. Grayer, met de fysiologie en pathologie van het mannelijk lichaam.

De oprichting van de vakgroep Andrologie is een kroon op het werk van een groep huisartsen, andrologen en andere specialisten rond het betrekkelijk nieuwe tijdschrift *De Mannelijke Patiënt*. Deze ontwikkelingen passen in de tendens van de laatste jaren om de al 100-jarige achterstelling van de mannelijke patiënt ongedaan te maken. Directe aanleiding was een onderzoek uit 1984 naar het huisartsenbezoek. Men kwam tot de verrassende ontdekking dat mannelijke huisartsen de hulpverleningsrelatie met mannelijke patiënten zo snel mogelijk beëindigen en vrouwelijke patiënten daarentegen vaker laten terugkomen. Door deze verschillende benadering wordt de mannelijke patiënt ten onrechte uit de gezondheidszorg geweerd en is er onvoldoende aandacht voor de problemen die voortvloeien uit zijn moeilijke sociale positie.

In het colofon van *De Mannelijke Patiënt* - dat gesponsord wordt door de farmaceutische industrie - kwam ik onder de redactie-adviseurs nogal wat bekende namen tegen. Opvallend is de medewerking van veel ex-gynaecologen, die zich blijkbaar hebben omgeschoold tot androloog. Zoals de hoofdredacteur Grayer en de eveneens vroegere hoogleraar gynaecologie, professor T.B. Efkes, die landelijke bekendheid geniet door zijn medische adviesrubriek in het weekblad *Privé*. Een andere overeenkomst is dat deze artsen zich in het verleden volledig hebben ingezet om vrouwen onder het mes te krijgen en om vrouwelijke lichaamsprocessen te programmeren. De mannelijke patiënt, die door de huisarts Spring in 't Veld het bedreigde geslacht wordt genoemd, zal door deze groep artsen medisch goed worden bewaakt.

Met het aantrekken van Grayer heeft de andrologie het puijke van de zal in zijn midden. Grayer onderhoudt goede connecties met de farmaceutische multinational Schering en Ibslag en vele medical directors behoren tot zijn beste vrienden, zoals de anticonceptie-expert Dr. Pietje van Leep. Door het centraal stellen van de leer van

de loges spermatikos, het zaad knuip waar het niet gaan kan, werd het zelfbeschikkingsrecht van de man als eerste prioriteit van de andrologie gesteld. Het sperma dient in eigen beheer te zijn, pas dan kan er sprake zijn van een volledige emancipatie van de man. In andrologie-kringen verwacht men dat Grayer zijn relaties zal aanwenden om het onderzoek naar Gossypol, een voorbehoedmiddel voor mannelijk gebruik, nieuw leven in te blazen. Ook hoopt men dat via Grayer het onderzoek naar het middel Minoxidil, dat preventief bij alle mannen boven de 40 toegediend zou moeten worden, geïntensiveerd zal worden. Placebo-gecontroleerd onderzoek heeft aangetoond dat Minoxidil een gunstige uitwerking heeft op het psychisch functioneren van de man. Allerlei vluchtgedrag in alcohol, roken of overmatig hard werken zou afnemen, bovendien gaat het de kaalheid tegen.

Een terugkerend thema in *De Mannelijke Patiënt* - een persoonlijke kift van de andrologen - is de kortere levensduur van mannen in vergelijking met vrouwen. Dit wordt in verband gebracht met de geringe medische consumptie door mannen, ook op het psychiatrisch vlak. Uit een interessant artikel van de hoogleraar andrologie Moes, blijkt dat alhoewel mannen meer dan vrouwen lijden aan persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie en depressiviteit, dit niet zijn weerslag heeft in het aantal psychiatrische behandelingen. Moes geeft een analyse van de evolutie van de mannelijke sociale rol die in grote lijnen op het volgende neerkomt. Vanaf de oprichting van de gynaecologie rond 1890 waren artsen begaan met het lot van de vrouw. Haar voorplantingsvermogen bestempelde haar bij voorbaat tot lijderes. Uit het oog werd verloren dat de eveneens opgelegde mannelijke rol, de economische verantwoordelijkheid voor het gezin, een eenzijdige ontwikkeling van zijn emotionele eigenschappen bewerkstelligde. Slechts gebruikt te worden als fokstier, het door hem verwekte leven niet te mogen koesteren en knuffelen heeft psychisch grote sporen achtergelaten. Waar zijn sociale rol eeuwenlang vastlag, worden er nu andere eisen aan hem gesteld; deze vereisen medische begeleiding. Naast de moordende concurrentie met vrouwen op de arbeidsmarkt, stelt het vaderen hem voor het probleem hoe hij zijn sluimerende affectieve eigenschappen tot ontwikkeling moet brengen. Moes besluit zijn artikel met een oproep aan zijn mannelijke collega's om een einde te maken aan de onderwaardering, en verwaarlozing van de mannelijke patiënt. Alhoewel de andrologen voor hun beroepskeuze meestal ideële motieven aanvoeren, doen de zakelijke belangen zeker een duik in 't zakje. Zo schreef de androloog Dr. G.M. Bot in een ingezonden brief dat hij zich vroeger als gynaecoloog twee huizen, twee vrouwen en nog meer dingen in tweevoud kon veroorloven, maar dat die gouden tijden tot het verleden behoren. Echter, dit eigenbelang mag geen afbreuk doen aan het loffelijke emancipatiestreven voor en door mannen van de nieuwe specialist; de androloog!

Lidy Schoon

Mannen noemen het een modeprobleem

Interview met Vera Kampschöer

Het experiment gezondheidszorg Almere heeft zich de afgelopen tijd niet hoeven te beklagen over gebrek aan belangstelling. In diverse tijdschriften is er teruggekeken op tien jaar gezondheidszorg in 'het nieuwe land'. *Medisch Contact* schonk zelfs twaalf weken lang aandacht aan het experiment.

Vera Kampschöer werkt als huisarts in Almere. Een vrouwelijke, feministische huisarts, werkend in een 'uniek' experiment, dat scheidt verwachtingen.

TGP was benieuwd of tien jaar gezondheidszorg in Almere ook tien jaar vrouwengezondheidszorg betekenen. Vandaar dat Thea Dukkers van Emden en Marion van Weersch met haar gingen praten.

Thea Duldgers van Emden en Marion van Weersch

Vera Kampschöer is sinds 1984 werkzaam in het gezondheidscentrum 'De spil', een van de twaalf gezondheidscentra die de gemeente Almere rijk is. Zij is naar Almere gekomen omdat de opzet van het experiment haar aansprak: artsen in loondienst, invloed van gebruikers via patiëntenraden en een bepaalde sturing en planning van de gezondheidszorg, met nadruk op de eerste lijn.

'Ik werk in een duo-baan, samen met een collega. Toen zij destijds korter wilde gaan werken gaf dat problemen. Per gezondheidscentrum is plaats voor drie fulltime huisartsen, van wie er minimaal één vrouw moet zijn. Overigens is deze voorwaarde er gekomen op aandrang van het vrouwen-centrum in Almere. Half-time werken betekende dat mijn collega met een andere vrouwelijke huisarts samen een duo-baan moest construeren. Zowel collega's en directie van het centrum als de patiëntenraad stonden hier erg sceptisch tegenover. Ik werd de andere helft van het duo en we kregen een proefperiode van zes maanden. De patiëntenraad stelde onder andere als eis dat mijn collega en ik elkaar zouden moeten vervangen bij vakantie of ziekte. Vooral dat laatste is erg moeilijk te realiseren en het gebeurt in de praktijk ook niet meer. Inmiddels werken er in Almere vijftien vrouwelijke huisartsen en zijn er bij twee andere centra duo-banen gerealiseerd.

In een ingezonden brief in Medisch Contact! naar aanleiding van de artikelenserie over Almere wordt de patiëntenraad een wassen neus genoemd. Ben je het hiermee eens?

'Nee, bepaald niet. Wij hebben een heel actieve patiëntenraad, die betrokken is bij alle sollicitaties en die meepraat in het opstellen van ons beleidsplan. Zij organiseren ook zelf

patiëntengroepen, bijvoorbeeld groepen waarin over opvoedingsproblemen met de kinderen wordt gepraat. Maar de patiëntenraden zijn over 't algemeen wel erg wisselend van kwaliteit. Het lukt hen niet altijd om mee te denken op een niveau dat uitstijgt boven het directe patiëntenbelang. De invloed die ze kunnen uitoefenen hangt ook sterk af van de opstelling van de medewerkers van het gezondheidscentrum.'

Huisvrouwensyndroom

Op de studiedag in juni over hulpverlening aan vrouwen in de medische praktijk vertelde je dat je in Almere iets aan vrouwenhulpverlening van de grond wilde krijgen. Hoe ben je bij vrouwenhulpverlening betrokken geraakt?

Tijdens mijn artsenopleiding ben ik veel met gezondheidsproblemen van vrouwen bezig geweest. Ik was betrokken bij de voorbereiding van het vrouwengezondheidscentrum in Nijmegen. Samen met andere studenten gaf ik gezondheidsvoorlichting op vos-cursussen. Daar kwam de positie van vrouwen aan de orde en de gevolgen daarvan, zoals het 'huisvrouwensyndroom'. We zochten ook naar andere manieren om met gynaecologische klachten om te gaan. Tijdens de huisartsopleiding werd er weinig aandacht aan deze problemen besteed. Wij dachten zelf ook dat we wel zo'n beetje wisten hoe het zat.

Ook in de eertse jaren hier in Almere heb ik me niet erg actief met vrouwenproblemen bezig gehouden, omdat alles nog zo nieuw was en zoveel energie opslopte. Nu merk ik dat de maatschappelijke achtergrond van vrouwengezondheidsproblemen me dan wel duidelijk mag zijn, maar dit

betekent nog helemaal niet dat ik het in de spreekkamer goed kan hanteren. Op de vos-cursussen zaten vrouwen die al een stap in de richting van bewustwording hadden gemaakt, daardoor stonden zij meer open voor andere ideeën over het omgaan met gezondheidsklachten. Maar hier in de praktijk is dat anders. Vrouwen komen met allerlei klachten en het is heel moeilijk om deze te vertalen naar hun positie als vrouw in de maatschappij.

Zo komen er bijvoorbeeld veel vrouwen met problemen over de kinderen. Soms komen ze elke keer als het kind verkouden is. Als dat vier keer per maand voorkomt, is het voor mij een duidelijk signaal. Deze vrouwen zijn thuis vaak erg geïsoleerd en ze raken extreem gefixeerd op hun kinderen. Ze zeggen ook wel dat ze de kinderen niet aankunnen, dat die zo agressief zijn. Ik leg in het consult dan niet zo direct de aandacht op het kind, maar meer op de situatie van de vrouw zelf: weinig sociale contacten en weinig ontplooiingsmogelijkheden. Ik denk dat vrouwelijke huisartsen gevoeliger zijn voor dergelijke signalen en dat wij het, eerder dan mannelijke huisartsen, vanzelfsprekend vinden dat opvoeden problemen met zich meebrengt.

Een andere groep waarbij ik het gevoel heb dat ik een andere inbreng kan hebben, is bij vrouwen met vaginale klachten of vragen rond anticonceptie. Ik vraag vaak actief naar seksualiteit. Voor oudere vrouwen die een uitstrijkje komen laten maken is het vaak de eerste keer dat ze over hun seksualiteit kunnen praten. Ik krijg veel meer vrouwelijke patiënten op mijn spreekuur dan mijn mannelijke collega's. Dit zie ik bijvoorbeeld ook bij vrouwen met incontinentie. De drempel om daarmee naar een mannelijke huisarts te gaan, is blijkbaar hoger: ze schamen zich ervoor en vinden het vies. Mannen bagatelliseren het probleem snel en noemen het een 'modeprobleem'. Ze voelen zich ook te kort schieten, omdat ze er zo weinig aan kunnen doen. Hetzelfde geldt voor overgangs- en menstruatiekilachten. Ik probeer veel meer uit te gaan wat deze klachten voor vrouwen betekenen. Mannen zijn veel meer oplossingsgericht, maar er zijn vaak geen oplossingen.

Toch zit ook ik vaak met mijn handen in het haar. Tegen een vrouw met premenstruele klachten kun je niet volstaan met te zeggen dat elke vrouw gedurende haar menstruele cyclus verschillende stemmingen doormaakt. Om met zo'n vrouw op een ander spoor te komen, zodat ze haar klachten op een andere manier kan benaderen, heb je meer tijd en deskundigheid nodig. Ik voel me op zo'n moment met lege handen staan.

Geen aparte groep

Wat zou er volgens jou nodig zijn op het gebied van vrouwenhulpverlening, want blijkbaar is er in de gezondheidszorgstructuur van Almere tot nu toe weinig aandacht voor?

'Dat klopt. In geen enkele gezondheidszorgnota van Almere staan vrouwen als groep vermeld, die aparte aandacht behoeft. Er is in de planning wel aandacht voor jeugdhulpverlening en voor ouderen, maar niet voor vrouwen. bij de stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere (EVA) is een functionaris groepswork aangesteld, maar er worden geen vrouwengroepen opgezet. Ook de RIAGG hier uit Almere erkent vrouwenhulpverlening niet als een aparte vorm van hulpverlening.

Wij zouden willen dat de EVA en het Project Gezondheidszorg Almere (PGA) vrouwen als aparte doelgroep onderkennen. We zouden deskundigheidsbevordering willen stimuleren zowel op het gebied van psychosomatische vrouwenklachten als op het gebied van gynaecologische problemen. Vrouwen met kleine kinderen vertonen een hoge medische consumptie en hetzelfde geldt voor vrouwen rond de 50 jaar.

Via de gemeentelijke adviescommissie voor emancipatie waar ik deel van uitmaak, willen we druk uitoefenen om te

zorgen dat in het eerstvolgende gemeentelijke beleidsplan specifieke aandacht voor vrouwenhulpverlening komt. Wanneer er een duidelijk aanbod is van vrouwengroepen en vrouwenactiviteiten, kun je als huisarts patiënten daarheen verwijzen. We denken ook aan meer somatisch gerichte vrouwengroepen, bijvoorbeeld in samenwerking met de fysiotherapeut een groep voor vrouwen met incontinentieklachten. Of een praatgroep voor vrouwen die een miskraam achter de rug hebben.

Er is overigens wel iets bereikt voor de opvang van slachtoffers van seksueel geweld. In samenwerking met de districtgezondheidsdienst en de politie is door de vrouwelijke huisartsen hier een onderzoeks- en behandelingsprotocol ontwikkeld; de vrouwelijke huisartsen zijn roulerend dag en nacht bereikbaar voor opvang.

Verder is er bij de EVA een 'aandachtsfunctie' seksueel geweld, waar sinds kort één fulltime functionaris voor is aangetrokken. Zij heeft zowel een coördinerende als een hulpverlenende taak.

In hoeverre werkt de planmatig opgezette en gesubsidieerde structuur van Almere gunstig of juist ongunstig voor het opzetten van vrouwenhulpverleningsprojecten?

'Het kan gunstig werken wanneer vrouwenhulpverlening als prioriteit in het beleidsplan wordt opgenomen en er geld voor wordt gereserveerd, omdat alle gezondheidscentra er dan aan moeten meewerken. Als het niet in het beleidsplan is opgenomen, wordt het moeilijker. "Wilde" initiatieven komen niet snel van de grond, want voor hulpverleners betekent dat namelijk dat je naast je gewone werk ook nog extra tijd en energie hierin moet stoppen. Dat is voor velen bezwaarlijk, omdat we al met zoveel vernieuwingen bezig zijn. Daarnaast is de actiebereidheid onder de bevolking van Almere niet erg groot. Er wordt bijvoorbeeld vanuit de vrouwengroepen geen druk op de gezondheidszorg uitgeoefend.'



Noten

1. 'Een experiment in Almere'. Ingezonden brief van E. Cranendonk, in: *Medisch Contact* 43e jrg. (1988), nr. 26, pg. 805.
2. Dit komt overeen met de bevindingen uit een onderzoek waarop Ludwien Meeuwesen binnenkort hoopt te promoveren aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen. Zij analyseerde de tekst van spreekuurconsulten van mannelijke en vrouwelijke huisartsen. Vrouwelijke huisartsen geven hun patiënten meer ruimte om over emotionele zaken en over de beleving van hun klachten te praten. Mannelijke huisartsen geven vaker een advies of recept. Zie hiervoor ook: 'Klagen mag van vrouwelijke huisartsen'. Interview met Ludwien Meeuwesen in: *VIAVIA*, nr. 3, juni 1988, pg. 3-4.

Medisch onderwijs neemt vrouwenklachten serieus

Dat het er nog helemaal niet zo rooskleurig voorstaat met de aandacht voor gezondheidsproblemen van vrouwen in het medisch onderwijs, bewijst een snelle rondvraag onder de diverse medische faculteiten in ons land. Slechts hier en daar - en dan nog veelal mondjesmaat - en door een hoop inspanning van enkele strijdbare medewerkers - worden vrouwenstudies in het onderwijsprogramma opgenomen.

Toch verandert er af en toe wel degelijk iets. Zo werd onlangs in Utrecht een belangrijke stap naar een gefeminiseerde gezondheidszorg gezet, want aan de huisartsenopleiding, aldaar werd voor het komende studiejaar een cursusprogramma Vrouwenhulpverlening ontwikkeld, en dat ook nog voor een groot deel door vrouwen van buiten het opleidingsinstituut zelf.

Marianne Coopmans, medewerkster bij het vrouwengezondheidsproject Aletta, is er van het begin af aan bij betrokken geweest. Zij beschrijft hoe de totstandkoming ervan in z'n werk is gegaan, en welke weerstanden en problemen er te overwinnen waren.

Marianne Coopmans, beleidsmedewerkster bij het vrouwengezondheidszorgproject Aletta in Utrecht.

Precies twee jaar geleden besteedde TGP ruim aandacht aan een afscheidsrede ter gelegenheid van het verdwijnen van Vrouwenstudies als apart project aan de faculteit Geneeskunde van de Vrije Universiteit in Amsterdam. De auteur van deze afscheidsrede was van 1982 tot 1986 als medewerkster onderwijs verbonden aan dit eerste project vrouwenstudies van een medische faculteit in Nederland. Haar afscheidsrede bevatte een weinig rooskleurig beeld van haar pogingen om in die vier jaar de vrouwelijke patiënt in het geneeskunde-onderwijs te introduceren. Desondanks beschreef zij vrouwenstudies en vrouwenhulpverlening aan het slot van haar rede optimistisch als 'voorbijgaande fasen in het proces van vrouwemancipatie, een proces dat iedereen aan de universiteit ter harte moet gaan'.

Nu, twee jaar later, moeten we helaas constateren dat het stadium van 'voorbijgaand' nog steeds niet is aangebroken. In feite begint de beïnvloeding van het medisch onderwijs vanuit de vrouwenhulpverlening en vanuit vrouwenstudies nu pas van de grond te komen. In navolging van de vu in Amsterdam zijn de laatste paar jaar aan een aantal

huisartseninstituten, vaak op (individueel) initiatief van daar werkzame huisartsen en soms van medewerkers van vrouwenstudies, voorzichtige stappen gezet om in het onderwijsprogramma meer specifieke aandacht aan de klachten en gezondheidsproblemen van vrouwelijke patiënten te besteden. In de meeste gevallen betekent dat een moeizaam strijd leveren met de - overwegend mannelijke - onderwijsstaf van het instituut. De resultaten van al deze inspanningen zijn tot op heden nog marginaal (zie hiervoor het kader).

Dat het ook anders kan, leert de totstandkoming van het cursusprogramma *Vrouwenhulpverlening* dat met ingang van het studiejaar '88/'89 is opgenomen in de meerjarige beroepsopleiding aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Utrecht.

'Moet de beroepsopleiding nu ook al wat aan vrouwenhulpverlening gaan doen? Een ieder die mij kent, zal begripen dat ik persoonlijk op deze vraag meteen "neen" riep. Vrouwen zijn niet zielig en hoeven zeker niet apart geholpen te worden. [...] Wat is er eigenlijk voor speciaals aan vrouwen, dat er apart

onderwijs over gegeven zou moeten worden? Over "mannenproblemen" geven we toch ook niet apart les!' Dit citaat van een onderwijsmedewerkster aan het Utrechtse huisartseninstituut vormt het begin van een artikelje in het huisorgaan van dit instituut. Het is een goede illustratie van de wijze waarop er over het algemeen in het medisch onderwijs tegen vrouwenhulpverlening wordt aangekeken. Het geeft blijk van de weerstanden, die ook het initiatief in Utrecht aanvankelijk in de weg stonden.

Het initiatief voor het cursusproject is afkomstig van een preventiewerkster van het RIAGG Westelijk Utrecht. Bij deze afdeling van het RIAGG, zoals alle RIAGG's veel vrouwen met psychosociale klachten krijgt doorverwezen, kreeg de preventiemedewerkster tot taak om binnen het RIAGG-project *huisvrouwen met jonge kinderen* een voorlichtingsprogramma voor huisartsen én de vrouwen zelf te ontwikkelen. Zij zocht contact met het Utrechtse huisartseninstituut en vond een welwillend oor bij een stafmedewerkster, die bovendien actief was in de werkgroep Vrouwenhulpverlening van de Vereni-

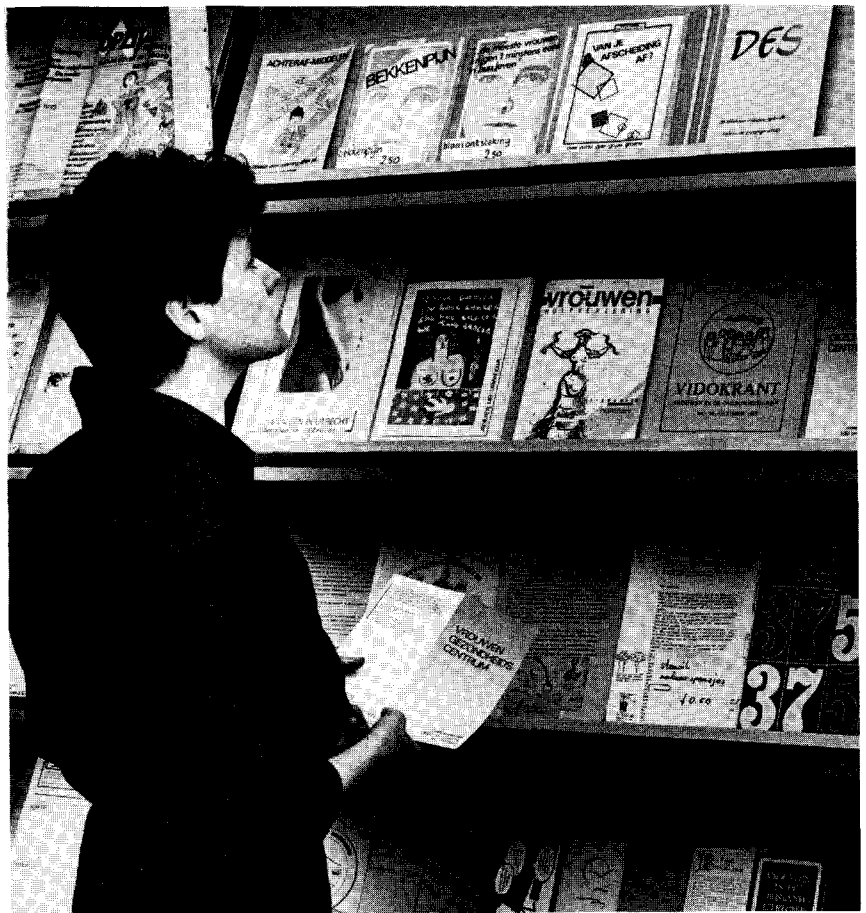
ging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA). Als derde partij werden twee medewerkers van het vrouwengezondheidsproject Aletta bij de voorbereiding van de cursus betrokken. Aletta is een samenwerkingsverband van een vrouwengezondheidscentrum en een huisartsenpraktijk. Haar doelstelling is: het feminiseren van de gezondheidszorg. Overdracht van ontwikkelde kennis en methoden van vrouwenhulpverlening naar de reguliere gezondheidszorg is daar een onderdeel van.

Teveel visie?

Zo startte een jaar geleden een samenwerkingsverband tussen vier organisaties die een nogal uiteenlopende plaats in de gezondheidszorg hebben: RIAGG, huisartseninstituut, de VNVA en Aletta. Het liep aanvankelijk nogal stroef. Vooral het huisartseninstituut was nogal afwachtend. Men vond de voorstellen te vaag en te veel een visie uitdragen en daardoor weinig toepasbaar op de concrete hulpverleningssituatie. Enthousiasme kwam er pas toen Aletta een aantal veel voorkomende vrouwenklachten in de vorm van casussen had uitgewerkt. Het oorspronkelijke idee om alleen iets te doen rond de psychosociale problematiek van vrouwen werd hierna op verzoek van Aletta verlaten en verbreed naar een aantal veel voorkomende klachten van vrouwen: het premenstrueel syndroom, eetverslaving, post-partum depressie, overgangsklachten en de psychosociale problemen van huisvrouwen met jonge kinderen. Later werden seksueel geweld en incest eraan toegevoegd.

Met het nader invullen van het cursusprogramma ontstond ook een duidelijker taakverdeling. De vrouwen van het RIAGG en Aletta schreven een inleiding op het cursusprogramma, waarin geschiedenis, algemene uitgangspunten en methodische principes van vrouwenhulpverlening aan bod kwamen, evenals een theoretische uitwerking van de eerdergenoemde klachten van vrouwen. De medewerkers van het huisartseninstituut zorgden voor een onderwijskundige vertaling van deze thema's in de vorm van leeropdrachten (casussen) voor de toekomstige cursisten en een begeleidende instructie voor de docenten.

Zo kreeg het cursusprogramma langzaam maar zeker meer vorm. Bij tijd en wijle werd er stevig gediscussieerd over verschillende onderdelen, met name over de vrouwenhulpverlening. Zinsneden als 'de waarden en normen van de overwegend mannelijke - artsen zijn veelal niet in overeenstemming met de wijze waarop veel vrouwen zelf hun klachten en problemen ervaren' lokten de nodige discussie uit.



Vrouwengezondheidsproject - Aletta

Nan Kooijman

Zijn het ook niet de patiëntes zelf die er bepaalde denkbeelden op na houden, bijvoorbeeld over het moederschap, huisvrouw-zijn en seksualiteit. Ook die normen moet je in het hulpverleningsproces proberen te betrekken', aldus de medewerkster van het huisartseninstituut.

Na driekwart jaar van gezamenlijke inspanning lag er ten slotte een kant en klaar programma van niet minder dan vijftig pagina's, met inbegrip van een uitgebreide literatuurlijst en een overzicht met verwijzadressen van een groot aantal zelfhulpgroepen en vrouwenhulpverleningsprojecten. Bij het pakket zat bovendien een voorstel voor de praktische uitvoering van de cursus: ongeveer 5 à 6 dagdelen, met tijdens elk dagdeel onder meer een bespreking van de casussen; discussievragen, audio-visueel materiaal en huiswerkopdrachten voor de studenten completeerden het programma.

Het cursusprogramma moest echter nog goedgekeurd worden door de onderwijsstaf van de beroepsopleiding en dat riep weer de bekende discussie op: of het wel *echt* nodig was om een apart onderwijsprogramma aan de klachten

van vrouwen te wijden. Aan mannelijke patiëntes werd toch ook geen specifieke aandacht besteed? en, of het programma wel iets nieuws te bieden had? Toch was echter de waardering van de staf voor het project groot, ook al omdat het een van de zeldzame keren was dat mensen van buiten het instituut een onderwijsprogramma maakten.

Historisch moment

De voorbereidingsgroep kijkt, ondanks een wat moeizame start, terug op een geslaagd project. 'Ik denk dat we hiermee een historisch moment voor de beroepsopleiding hebben bereikt. Het programma is nog niet helemaal volledig, maar er ligt toch een basispakket vanwaaruit verder gewerkt kan worden in zowel de basis- als de beroepsopleiding. Uiteindelijk hoop ik dat dit programma van invloed zal zijn op het hele onderwijs en dat docenten het meer in hun denkkader gaan integreren. Dat moet ook wel, want het heeft geen zin om vijf dagdelen per jaar vrouwvriendelijk te zijn om daarna weer op je oude gedrag terug te vallen. In feite komt het neer op continue attitudevorming', al-

dus een van de medewerksters van het huisartseninstituut.

Binnenkort zal met de cursus in enkele onderwijsgroepen proefgedraaid worden. Twee vrouwen van de voorbereidingsgroep zullen de cursus een aantal malen bijwonen om te beoordelen of deze ook in de praktijk aan de doelstellingen beantwoordt. Het slagen van de cursus is immers voor een groot deel afhankelijk van de docenten en die hebben niet aan de wieg van het project gestaan en het bewustwordingsproces meegemaakt. Tevens wordt het cursusprogramma toegestuurd aan alle andere huisartseninstituten en wordt het opgenomen in de 'onderwijsbank': een databestand met alle onderwijsprogramma's van de beroepsopleiding.

Misschien dat dit programma als basis kan dienen om verdere stappen te zetten op de nog lange weg naar een gefeminiseerde gezondheidszorg.

Noot

1. Thea Dukkers van Emden, 'Vrouwen en dokters: een riskante relatie. Een afscheidsrede', in: *TGP* 1986, nr. 3, pg. 24-28.

VROUWENSTUDIES BIJ GENEESKUNDE

Verleden jaar is de beroepsopleiding tot huisarts van één jaar verlengd naar twee. Vooral door toedoen van de werkgroep Vrouwenhulpverlening van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA) is in het curriculum van de nieuwe opleiding het onderwerp vrouwegezondheidszorg opgenomen. In heel globale termen wordt aan de vakgroepen huisartsgeneeskunde gevraagd om in het tweede jaar van de opleiding aandacht te besteden aan attitude, kennis en vaardigheden met betrekking tot klachten van vrouwelijke patiënten.

Al eerder waren er in het geneeskunde-onderwijs activiteiten ten gunste van vrouwelijke patiënten van de grond gekomen, maar deze vonden voornamelijk plaats in de zes jaar durende basisopleiding.

Een inventarisatieronde leverde de volgende informatie op.

Amsterdam

VRIJE UNIVERSITEIT

In december 1982 ging aan de medische faculteit van de VU het eerste project vrouwenstudies van start met de aanstelling van twee halftime medewerksters: één voor onderwijs en één voor onderzoek. Deze laatste, Kathy Davis, is onlangs op dit onderzoek gepromoveerd (zie hiervoor ook elders in dit nummer: Macht onder de microscoop). Na vier jaar experimenteren met colleges over vrouwenonderwerpen als anticonceptie, premenstruele klachten en de overgang, hield het project in feite alweer op te bestaan: het onderwijsdeel werd teruggebracht tot 0,2 formatieplaats bij de vakgroep huisartsgeneeskunde ten behoeve van het basiscurriculum. Voor onderzoek is helemaal geen formatie toegekend. Binnen deze beperkte onderwijsruimte is nauwelijke mogelijkheid tot vernieuwing, men komt niet verder dan consolideren van het bestaande onderwijsprogramma.

In de beroepsopleiding zijn, op initiatief van vrouwelijke docenten, onderwijsprogramma's ontwikkeld over onder andere seksueel geweld en seksualiteit.

UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

Er bestaat sinds 1984 een afdeling vrouwenstudies bij de subfaculteit der Geneeskunde. Aanvankelijk werden twee medewerksters halftime aangesteld: een arts en een psycholoog. Zij startten met een brede opdracht: op het hele terrein van de geneeskunde een informatiepakket over vrouwegezondheidszorg ontwikkelen. Deze aanpak is inmiddels verlaten, omdat het ondoenlijk bleek met z'n tweeën het hele medische onderwijs te 'feminiseren'. Ze hebben nu besloten om zich ieder vanuit hun eigen bekwaamheid te richten op een paar specifieke onderwerpen: het werken met instructie-vrouwen in het onderwijs van het gynaecologisch onderzoek, op vrouwen en medicijngebruik, anticonceptie, vage klachten, verschillen in socialisatie tussen vrouwelijke en mannelijke patiënten.

Voor de beroepsopleiding is vorig jaar een halftime huisarts aangetrokken in de meerjarige beroepsopleiding. Hiervoor zijn inmiddels deelprogramma's over borstkanker, menstruatieproblemen en de overgang, gereedgekomen.

Elders in Nederland

GRONINGEN

Hoewel in Groningen formeel geen sprake is van onderwijstijd voor het introduceren van vrouwengezondheidszorg, gebeurt dit wel binnen de taak van enkele stafdocentes. Zo is een van hen, net als in Utrecht, op dit moment bezig met het ontwikkelen van een onderwijsprogramma over vrouwen en haar gezondheid voor de studenten van de tweejarige beroepsopleiding. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de werkgroep Vrouwenhulpverlening van de VNVA.

LEIDEN, UTRECHT EN ROTTERDAM

In deze steden vinden alleen incidentele activiteiten op dit terrein plaats. Vrouwenstudies zijn daar meestal opgezet als interfacultaire werkgroep en de meeste medewerkers zijn voornamelijk bezig met onderzoek. Activiteiten in het onderwijs worden wel geïnitieerd door vrouwelijke huisartsen/docenten, meestal in de vorm van keuzeprojekten of facultatieve colleges in de basisopleiding.

NIJMEGEN

Ook in Nijmegen is niemand van vrouwenstudies betrokken bij het geneeskunde onderwijs. Wel is er enkele jaren geleden een inventarisatie gemaakt van lacunes op dit gebied in het basiscurriculum. Ook is er door een docente psychologie, in samenwerking met het RIAGG, een onderwijsprogramma gemaakt over 'de vrouwelijke patiënt in de huisartsenpraktijk'. Voor het nieuwe tweede jaar van de beroepsopleiding is wel ruimte gecreëerd voor vrouwengezondheidszorg, maar het programma moet nog helemaal ingevuld worden.

MAASTRICHT

In Maastricht is vrouwenstudies vooral actief binnen de studierichting *gezondheidswetenschappen*. In augustus is een 'vrij doctoraaltracé' vrouwengezondheidszorg van start gegaan. Na de propadeuse kunnen studenten zich gaan specialiseren in met name beleids- en beheersaspecten van vrouwengezondheidszorg.

Bij de vakgroep Geneeskunde zijn met ingang van dit studiejaar twee halftime medewerkers vrouwenstudies aangesteld. Het accent zal meer bij onderzoek dan bij onderwijs komen te liggen.

VROUWEN WORDEN BETER. . .

Lijkt er op het gebied van onderwijs het een en ander op gang gekomen, op het gebied van onderzoek is vrouwenstudies bij geneeskunde nog maar marginaal ontwikkeld.

Fransje van der Waals vindt dat het onderzoek naar vrouwenklachten tot nu toe heel wat manco's vertoont. Er zijn talloze registratie- en interpretatiefouten bij morbiditeitsstudies, en het genesmiddelenonderzoek beperkt zich louter tot mannen.

In een voordracht 'Vrouwen worden beter .. .' op een onlangs gehouden studiedag ontvouwde ze haar ideeën over hoe het anders en beter zou kunnen. Hieronder een fragment uit deze lezing.

Fransje van der Waals, huisarts en wetenschappelijk medewerkster vrouwenstudies geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam.

Vergelijkend onderzoek naar morbiditeit en medische consumptie tussen mannen en vrouwen is de laatste tien jaar populair geworden. Zijn vrouwen beter ... zijn vrouwen zieker?

Aan de meeste onderzoeken zitten nogal wat haken en ogen. Het gegeven dat vrouwen tussen hun 20ste en 30ste jaar zeker zijn dan mannen is onjuist. In veel studies worden de redenen waar mannen en vrouwen voor bij de dokter komen naast elkaar gelegd. Een vrouw komt bij de dokter voor een pilcontrole (lang niet alle huisartsen hebben die afgeschaft) en nu ze er toch is, vraagt zij tegelijkertijd wat ze het beste kan doen aan haar chronische verkoudheid. De huisarts, die de klachten van al zijn patiënten opschrijft, turt haar tweemaal; éénmaal voor de pil en éénmaal voor de chronische verkoudheid, een klacht waar de vrouw zonder dat ze een pil-recept nodig had vermoedelijk nooit voor naar de huisarts was gegaan. Naderhand is niet na te gaan of deze klachten samen met andere klachten in één consult genoemd werden. Als de voortplantingscontroles en -problemen niet meegerekend worden in een vergelijkend onderzoek van mannen en vrouwen dan valt de pilcontrole af, maar de verkoudheid blijft staan.

Een ander nadeel in vergelijkende onderzoeken is dat vaak niet de klacht, maar de diagnose, de interpretatie van de arts, wordt genoteerd. Het zou goed zijn om eens een onderzoek op te zetten waarbij de patiënten in de wachtkamer

hun klachten opschrijven en deze afgeven aan de assistente, die ze na afloop van het consult voegt bij het door de arts ingevulde formulier. Op die manier kunnen de interpretaties van de arts vergeleken worden met de problemen, zoals ze door de patiënt zelf verwoord zijn. Misschien dat dan veel 'psychosomatiek' en andere met vrouwen geassocieerde diagnoses evenals 'pseudohelderheid' van mannen, ineens veel minder voorkomen.

Appels en peren

Door dergelijke interpretatiefouten neigt men er soms toe vergelijkend onderzoek tussen vrouwenklachten en mannenproblemen als een onmogelijkheid te zien. Je kunt geen appels met peren vergelijken. Waarom dan toch pleiten voor vergelijkend onderzoek tussen mannen en vrouwen? Het gaat er niet om te bewijzen dat vrouwen geen zieke zeurpieten zijn of dat mannen door de bedrijfsarts te bezoeken net zo veel van de gezondheidszorg gebruikmaken als vrouwen. Nee, het gaat erom aan te tonen dat er behalve biologische verschillen ook duidelijke verschillen zijn in ziektegevoel en ziektegedrag tussen mannen en vrouwen. Dat er van het lichamelijk functioneren van vrouwen, haar lichaamsbeleven en het omgaan met haar eventuele klachten binnen de medische wereld nog zo verschikkelijk weinig bekend is. Vrouwen zorgen beter voor hun lichaam, doen meer pre-

ventief, zij poetsen hun tanden beter, eten gezonder, letten beter op hun gewicht. Verklaart dat hun langere levensverwachting met op de koop toe chronische ziekten, in plaats van acute fatale aandoeningen zoals mannen die krijgen?

Vrouwen verschillen onderling, echter ook sterk. Economische omstandigheden, sociale omstandigheden, zwart, wit, mediterraan, opleiding, werk, gezin, kinderen of niet, geven allemaal grote verschillen in gezondheid. We weten dat grote gezinnen met veel kinderen of juist helemaal geen kinderen de morbiditeit van vrouwen in de hand werkt. Een beetje werken, weinig kinderen en een normaal lichaamsgewicht zouden gunstig zijn voor de gezondheid, maar lang niet alle onderzoeken zijn hierover eensluidend. Te dik is slecht voor hart en vaten, maar magere vrouwen krijgen eerder botontkalking.

We weten nog zo weinig van het vrouwenlichaam, van hoe de verschillende cycli beleefd en verstoord kunnen worden, van de invloed die anti-conceptiemethoden, maar ook zwangerschap en sociale omstandigheden hierop hebben en wat de invloed hiervan ten slotte op latere leeftijd is.

De meeste grote epidemiologische onderzoeken zijn dwarsdoorsnedes van vrouwenlevens: een heleboel vrouwen worden allemaal op één bepaalde leeftijd onderzocht. Het zou een goed idee zijn om dat eens anders aan te pakken en een prospectief longitudinaal onder-

zoek op te zetten. Een onderzoek, waar- bij een groot aantal vrouwen vanaf hun vijftiende jaar regelmatig gevolgd wordt. Jaarlijks een lichamelijk onderzoek en tweemaal per jaar een interview naar levensomstandigheden en lichamelijk welbevinden. Misschien dat we dan meer verbanden tussen lichamelijk welbevinden, specifieke vrouwenklachten op verschillende leeftijden, ziektegedrag en gevolgen voor de gezondheid kunnen koppelen.

Uiteen onderzoek bij vrouwelijke studenten van Harvard bleek bijvoorbeeld dat vrouwen die regelmatig sportten minder kans hadden om later borstkanker en kanker van de vrouwelijke geslachtsorganen te ontwikkelen. Héél véél sporten had echter een negatieve invloed. De vrouwen werden slechts eenmaal tijdens de studie ondervraagd en hun medische gegevens werden naderhand nog één keer opgevraagd, wat deden die vrouwen in de tussentijd? Waren er nog meer factoren van belang waardoor zij kanker ontwikkelden of juist niet? Leefden de sportende vrouwen ook heel gezond? Hoeveel lichaamsbeweging heeft een gunstig effect op het ontwikkelen van kanker van de geslachtsorganen?

Maar er zijn nog veel meer vragen te beantwoorden:

- is er enig verband tussen pijnlijke borsten vlak voor de menstruatie en latere mammopathologie?

- heeft het premenstrueel syndroom enig verband met vooropleiding, leeftijd, moederlijke overgangsklachten, voorgaande anticonceptie en latere medicalisering?

- komen fertiliteitsstoornissen behalve met het toenemen van de leeftijd ook meer voor na medicijngebruik, voorgaande anticonceptie (ook orale anticonceptie), regelmatig lijnen, eetproblemen?

- ondergaan vrouwen na tubasterilisatie eerder een baarmoederverwijdering als ze voordien orale anticonceptiva gebruikten?

- zijn er na baarmoederverwijdering nog méér somatische klachten dan vroegde overgang, incontinentie, spataderen en een verminderd orgasme?

- wat zijn op de lange duur de verschillende lichamelijke gevolgen van het gebruik van hormonen om botontkalking te voorkomen?

Prospectief is een vrouwenleven nooit bekeken. Zo'n onderzoek is natuurlijk een utopie. Er gaan te veel vrouwen, jaren van onderzoek en geld mee heen. Maar omdat over de gezondheid van vrouwen nog steeds zoveel door mannen, die met een gekleurde bril registreren, beschreven en besloten is, zou het goed zijn een andere vorm van registratie op te zetten. Een ander uitgangspunt te nemen, bijvoorbeeld:



Mieke Schlaman

onder invloed van welke factoren wordt het welbevinden van vrouwen verstoord?

Antidepressiva

Bestaand onderzoek dient bovendien onder de loupe genomen te worden en de lacunes hierin aangetoond. Een goed voorbeeld is het farmaceutisch onderzoek. In geneesmiddelenonderzoek worden vele, niet per se op de man gerichte middelen, alléén op mannen uitgetest. De belangrijkste reden hiervoor is dat vrouwen zwanger kunnen worden en dat het nieuwe middel schadelijke gevolgen voor de vrucht zou kunnen hebben. Toch is het nadelig dat een aantal antidepressiva slechts op mannen is uitgetest en in de praktijk meestal aan vrouwen wordt voorgeschreven. Achteraf blijkt namelijk dat antidepressiva bij mannen beter werken dan bij vrouwen. Vrouwen zouden dus een andere dosering moeten gebruiken.

In de recent gepubliceerde grote trials om te beoordelen of een dagelijks aspirintje helpt hartinfarcten te voorkomen, zijn slechts mannen als proefpersonen gebruikt, terwijl het aantal hartinfarcten bij vrouwen zeker na de overgang niet onderdoet voor het aantal bij mannen. De hoeveelheid aspirine die bij mannen een hartinfarct zou moeten voorkomen, zou bij vrouwen dus juist een hersenbloeding kunnen veroorzaken. Er is een omvangrijk onderzoek gedaan bij tienduizend proefpersonen met slechts één klein foutje: de helft van de bevolking weet niet wat ze eraan heeft.

De farmacotherapeutische werking en de halfwaardetijd van kalmerende

middelen (helaas veel door vrouwen geslikt) ligt bij mannen anders dan bij vrouwen. Door de lagere stofwisseling kunnen de medicijnen zich bij vrouwen makkelijk opstapelen. Toch wordt hiervan geen melding gemaakt in de doseringsvoorschriften. Bij geneesmiddelenonderzoek en zeker bij het toelaten van nieuwe middelen zou het goed zijn de trials te controleren op werkzaamheid bij mannen én vrouwen. Dit zijn maar anecdotische voorbeelden, de hele medische literatuur is vol van dergelijke manco's.

Vrouwelijke artsen, met een vrouwengezondheidsmuts op, zouden zich hier verder in moeten verdiepen. Op het gebied van het medisch onderzoek zou er meer samengewerkt moeten worden met de afdeling vrouwenstudies geneeskunde. Deze afdeling kan een schakel vormen tussen theorie en praktijk en bevorderen dat vrouwenhulpverlening gemeengoed wordt in het beleid van de gezondheidszorg. +++

Macht onder de microscoop

Kathy Davis, *Power under the Microscope*. Proefschrift, Dordrecht (Foris Publications) 1988, 488 pgs., prijs: f 39,50 excl. BTW

Over de macht van artsen ten opzichte van hun patiënten in het algemeen en in het bijzonder tegenover hun vrouwelijke patiënten is de laatste vijftien jaar zoveel geschreven vanuit een algemeen kritische dan wel specifiek feministische invalshoek, dat het nauwelijks mogelijk lijkt nog iets nieuws op te merken. Het blijkt echter nog steeds te kunnen.

Het proefschrift van Kathy Davis *Power under the Microscope* geeft een frisse invalshoek met gebruikmaking van een nieuwe methode. De invalshoek: patiënten zijn niet alleen maar zielige slachtoffers van het medisch/sociaal geweld; het zijn integendeel competente deelnemers aan het medisch consult, die voortdurend proberen 'de macht te grijpen'. De methode: gespreksanalyse. Geen duizend proefpersonen, mannen én vrouwen, om uit te maken wie de meest machteloze patiënten zijn, maar een minutieuze analyse van vier consulten.

Visie en methode hangen (zoals vaak in de wetenschap) nauw met elkaar samen. Het loont de moeite om op beide aspecten nader in te gaan.

In het eerste deel van haar boek beschrijft Davis hoe ze als goed feministe op zoek ging naar machtsrelaties in medische consulten, met de bedoeling om te laten zien hoe deze meespelen in de behandeling van vrouwen. Ook deze invalshoek is betrekkelijk nieuw: in plaats van ervan uit te gaan dat ze moet *bewijzen* dat ongelijke machtsrelaties in het consult bestaan, gaat ze ervan uit dat dat inderdaad het geval is, wat ze wil laten zien is *hoe* ze tot stand komen c.q. bevestigd worden. Via een zorgvuldige stap-voor-stap beschrijving van wat ze op haar speurtocht tegenkomt, maakt ze de lezer deelgenoot van haar verwarring bij de ontdekking dat de artsen in de consulten waarover ze de beschikking heeft, helemaal geen machtsbeluste bullebakken zijn, maar welwillende lieden, goed getraind in gespreksvaardigheden, die vrijwel zonder uitzondering *aardig* tegen hun patiënten zijn. De verwarring blijkt echter vruchtbaar: zij dwingt tot herbezinning op de ideeën over macht die eraan ten grondslag liggen. Dit leidt uiteindelijk tot de weloverwogen keuze voor een machtsbegrip, waarin ruimte is voor doelbewuste activiteit van beide direct betrokken partijen en oog voor de bredere sociale context waarbinnen de interactie (in dit geval het medisch consult) plaats heeft; de machtstheorie van Giddens.

Saillante voorbeelden

In het tweede deel gaat ze in op de selectie van materiaal en op categorieën die het mogelijk zullen maken te laten zien hoe macht in de medische praktijk werkt. Als categorie komt ze uit op een fenomeen dat elke praktiserend arts en elke patiënt bekend zal voorkomen: de pogingen van patiënten om hun verhaal over hoe het toch zo kwam en hoe het verder ging en hoe erg het allemaal is, aan de dokter te vertellen. Trouw aan de stellingname dat ze niet wil onderzoeken *of* er sprake is van machtsfenomenen, maar *hoe* die werkten, zoekt ze opzettelijk vier zo saillant mogelijke voorbeelden van consulten uit, die te zamen een goed beeld geven van het volledige traject dat een verhaal hoort af te leggen (en wat, zoals ook onze eigen ervaring leert, niet altijd lukt): vanaf het verwerven van een sympathiek-luisterend oor, via het

vertellen van de narigheid en waarom dat belangrijk is, tot en met het zo goed mogelijk beëindigen van het verhaal (of het consult; dat komt soms op hetzelfde neer).

Het derde deel omvat het 'eigenlijke werk', de beschrijvingen van de machtsmechanismen die zich afspelen rond de patiëntenverhalen met behulp van de gespreksanalytische methode. Davis laat zien hoe zich een voortdurende subtiele machtsstrijd voltrekt tussen arts en patiënt tijdens alle fasen van het bovenbeschreven traject. Soms lukt het de patiënt een verhaal helemaal uit te vertellen (in feite ten koste van de tijd en het goede humeur van de betreffende dokter), meestal echter niet. Zo beschrijft ze ook de technieken die de artsen gebruiken om een verhaal af te breken: bijvoorbeeld plotseling overgaan op een ander onderwerp of, elegant, na een korte samenvatting overgaan tot het werk van de dag dat in consulten gedaan moet worden: het opsporen van een medisch behandelbare klacht en daarop handelen. Ook grapjes en hun dubbele bodems komen als machtsmechanisme aan bod. Een belangrijk neveneffect van de analyses is dat de lezer ontdekt dat de verschillende uitweidingen van patiënten in de context van een consult niet, zoals we gewoonlijk vanzelfsprekend veronderstellen, zomaar irrelevante uitweidingen zijn. Integendeel, ze kunnen vrijwel altijd teruggevoerd worden op duidelijke motieven van de kant van de patiënt. Deze wil bijvoorbeeld laten zien dat iets heus heel erg is (en dat zij dus niet een zeur is, die voor niets komt), dat zij zelf al van alles gedaan heeft om van de klacht af te komen (en dus goedwillend is), of dat zij zelf al een goede (leken)diagnose heeft gesteld en dus medisch competent geacht kan worden. Davis toont zich bij deze laatste conclusie verwonderd dat dit de betreffende patiënte tijdens het consult niet in dank wordt afgenomen. Elke ervaren patiënt weet echter dat je dat beter kunt laten, want dat dit gewoonlijk leidt tot een machtsstrijd van de minder prettige soort, die de patiënt bijna altijd verliest. Herkenbaar is het dus allemaal wel.

Minutieus onderzoek

Het is onmogelijk om in deze beperkte context recht te doen aan het elegante en minutieuze werk dat gespreksanalyse inhoudt. Wie wil weten hoe het precies gaat, kan het beste het boek zelf ter hand nemen. Dat leidt tot de vraag wie dit boek met vrucht kunnen lezen. In principe natuurlijk iedereen die geïnteresseerd is en dergelijke analyses spannend en verhelderend vindt. Het boek is geschreven in een uiterst heldere stijl, die niet van humor is ontbloot. Zowel artsen als patiënten krijgen in dit opzicht een veeg uit de pan, in dit opzicht hoeven we Davis geen partijdigheid te verwijten. Zoals het gespreksanalytici betaamt, heeft ze een goed afstandelijk oog voor het kleine menselijk falen. Het is echter een *dik* boek (448 pagina's), dat toch in de eerste plaats gericht is op theorievorming en in veel mindere mate op de praktijk. Dat geldt ook voor de conclusies. De aanwijzingen over hoe je een en ander in de praktijk zou kunnen verbeteren zijn niet irrelevant, maar weinig uitgewerkt. Meer duidelijkheid scheppen over wat je als arts wel en niet te bieden hebt, daar komt het zo ongeveer op neer.

Een groot deel van het boek is in feite gewijd aan het zorgvuldig uitleggen van de theoretische en methodische achtergrond. Dat is niet overbodig, want kwalitatief onderzoek zoals gespreksanalyse is nog altijd relatief onbekend en er leven veel misverstanden over. Davis laat voortdurend



Mieke Schlaman

zien dat ze weet waarover ze praat en dat de keuzen die ze in dit onderzoek gemaakt heeft, niet willekeurig zijn maar doelgericht. Veel stap-voor-stap redeneringen die de assumpties die in elk onderzoek verpakt zijn, verhelderen en expliciteren. Vrijwel alle relevante literatuur komt aan bod, niet alleen op het terrein van kwalitatief onderzoek en gespreksanalyse, maar ook de achtergrondliteratuur... over macht, medische consulten en de feministische kritiek op de geneeskunde. Ze is daarnaast eerlijk over de missers, doodlopende paden enzovoort die een werkelijk onderzoeksproces nu eenmaal kenmerken. In die zin is haar boek een goed voorbeeld voor iedereen die gedegen onderzoek wil doen en toch eerlijk blijven, en bevat het een grote hoeveelheid achtergrondinformatie op alle bovengenoemde terreinen.

Hoewel we dit alles als verdienste kunnen aanmerken, levert het mij als lezer soms ook enige irritatie op. Waar aan alles is gedacht en alles is geëxpliciteerd, is weinig ruimte meer voor de goede verstaander die maar een half woord nodig heeft. Dat maakt het minder inspirerend om te lezen dan een iets luchtiger werkje, dat aanzet tot eigen creativiteit. Misschien is dit een nadeel dat per definitie aan goede proefschriften kleef; mij persoonlijk zou het liever zijn als de normen voor proefschriften eens wat zouden verschuiven zodat we minder verplichte saaigheid tot ons moesten nemen om iets nieuws te leren. De eveneens verplicht aandoende manier waarop aan het eind van elk hoofdstuk braaf de machtstheorie van Giddens opnieuw van stal gehaald wordt om te laten zien dat het daar allemaal is in te passen, geeft me hetzelfde gevoel. In feite levert dit kader, dat aan het begin als theoretisch noodzakelijk wordt gepresenteerd, niets op dat werkelijk bijdraagt tot een beter begrip van de analyses of de materie in het algemeen. Tot Davis' eer moet gezegd worden dat ze zelf ook dit punt in het verrassende

laatste hoofdstuk van haar boek duidelijk naar voren brengt. In de theoretische conclusies die ze daar trekt, wordt duidelijk dat een dergelijke theorie een inadequaat instrument is om de problematiek van macht ten aanzien van vrouwen in medische consulten te lijf te gaan.

Feministisch hoogverraad

Ze doet daarin nog meer: ze levert op basis van haar eigen onderzoek een zeer fundamentele kritiek op de manier waarop machtsrelaties tot dusverre in de feministische theorie behandeld zijn. Het direct koppelen van sexe en macht, zoals daarbinnen gebruikelijk, blijkt een te vereenvoudigd en vertekend beeld op te leveren, dat geen recht doet aan de complexiteit van de sociale wereld. Zelf stelt ze deze conclusie gelijk aan een soort 'feministisch hoogverraad', waartoe ze op grond van haar academische integriteit gedwongen is. Voor mij was dit laatste hoofdstuk het meest inspirerend van allemaal. Vasthoudend aan iets dat op grond van je ideologische overtuiging niet voldoet, heeft uiteindelijk nooit veel meer dan verdere onderdrukking opgeleverd, hoe goed onze bedoelingen ook mogen zijn. We kunnen nu weer verder denken.

Uiteindelijk kan ik dit boek in de eerste plaats dan ook aanbevelen aan mensen met een goed geschoolde belangstelling voor theorievorming over macht, vrouwen en/of geneeskunde. Voor gespreksanalytici in dit veld is het een *must*. Mensen die te maken hebben met gespreksvaardigheden in de geneeskunde kunnen er iets uit leren, als ze daartoe bereid zijn. 'Gewone dokters' kunnen voor hun eigen praktijk beter een simpeler boekje nemen.

Mary Faluport

Uitstrijkjes

De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Leiden 1988. Prijs hoofdttekst: f 25,-, met bijlagen f 50,-. Te bestellen bij Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, tel. 010-4087712.

Kort na de kosten-batenanalyse over borstkanker is bij het Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg in Rotterdam een soortgelijk rapport verschenen over bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. De aanbevelingen wijken sterk af van het tot nu toe gevoerde overheidsbeleid en nopen tot commentaar.

Van 1976 tot 1985 vond in drie proefregio's screening op baarmoederhalskanker plaats. Deze regio's, te weten Utrecht, Rotterdam en Nijmegen, omvatten ongeveer een kwart van de Nederlandse bevolking. Vrouwen tussen de 35 en 55 jaar kregen één maal per drie jaar een oproep om zich te melden bij een gebouw van de GG & GD of kruisvereniging, waar speciaal opgeleide vrouwen een uitstrijkje van de baarmoedermond afnamen. Een evaluatiecommissie (EVAC) werd ingesteld om het onderzoek te begeleiden. Haar eindrapportage verscheen aan het begin van dit jaar.' In 1982 besloot de minister van Volksgezondheid dat het bevolkingsonderzoek in het vervolg via de huisarts moest lopen. In 1983 ging de Tweede Kamer hiermee akkoord. Sindsdien is er nog niets geregeld.

In de kosten-batenanalyse worden gegevens over duur en beloop van de ziekte, afkomstig uit de proefregio's én uit het bevolkingsonderzoek in de Canadese provincie British Columbia, geanalyseerd. Hierbij wordt de MISCAN-computer-programmatuur gebruikt, die in Rotterdam speciaal ontwikkeld is voor de evaluatie van bevolkingsonderzoek.

Door middel van een uitstrijkje kunnen klachtenvrije voorstadia van baarmoederhalskanker worden opgespoord. De duur van deze 'preklinische' stadia is gemiddeld 15 tot 20 jaar. Spontaan herstel (regressie) vindt plaats bij gemiddeld 60 procent van deze voorstadia. Het uitstrijkje geeft in 0,4 procent van de gevallen een 'fout-positieve' uitslag, dat wil zeggen dat er ten onrechte een verdenking bestaat op (een voorstadium van) baarmoederhalskanker. In ongeveer 30 procent worden voorstadia gemist (fout-negatief).

In de analyse zijn verschillende oproepschema's met elkaar vergeleken op effectiviteit. Daarbij werden zowel verschillende leeftijdsgrenzen als verschillende oproepintervallen bekeken. Ook is berekend of het onderzoek via de huisarts goedkoper zou worden. Dit blijkt niet het geval. Wanneer je gelijke eisen stelt ten aanzien van de kwaliteit van de screening, dat wil zeggen: een centraal oproepsysteem, bijscholing en kwaliteitsbewaking, dan is bevolkingsonderzoek via de huisarts zelfs iets duurder dan een centraal uitgevoerde screening.

Gen Buurman



AaDhevelingen

De auteurs concluderen dat uit het oogpunt van kosteneffectiviteit gekozen zou moeten worden voor een brede leeftijdsrange van de groep te onderzoeken vrouwen, bijvoorbeeld 30 tot ongeveer 70 jaar. Het interval tussen de oproepen kan wel langer worden, bijvoorbeeld om de 6 tot 8 jaar.. Daarmee daalt de sterfte aan baarmoederhalskanker met 100 per jaar..

Uitstrijkjes buiten het bevolkingsonderzoek om zijn af te raden: de kosten hiervan zijn relatief hoog en er treedt veel overdiagnostiek en overbehandeling op. Verder moeten er protocollen ontwikkeld en getoetst worden voor nadere diagnostiek en behandeling. Een hoge opkomst bij het bevolkingsonderzoek is essentieel, er moeten dus zo min mogelijk belemmeringen worden opgeworpen. Dat betekent: geen eigen bijdrage en een oproepsysteem via het bevolkingsregister met de mogelijkheid van een herinneringsuitnodiging. Ten slotte worden aanbevolen: een goede registratie, bewaking en evaluatie op lokaal, regionaal en landelijk niveau.

Op grond van doelmatigheid en efficiëntie zou het huidige beleid dus op twee belangrijke punten moeten worden gewijzigd: het bevolkingsonderzoek zou moeten worden uitgebreid naar jongere en oudere leeftijdsgroepen dan in de proefregio's en de screening zou in plaats van om de drie om de zes à zeven jaar moeten plaatsvinden. Het verbreden van de leeftijdsgroep is goed te verdedigen, hoewel het mogelijk is dat in de toekomst de onderste leeftijdsgrens (gesteld op 30 jaar) nog verder omlaag zal moeten, omdat er aanwijzingen zijn dat baarmoederhalskanker zich naar jongere leeftijdsgroepen uitbreidt.? Moeilijker ligt het met het voorgestelde tijdsinterval.. Vooral gezien de recente onrust over de betrouwbaarheid van het uitstrijkje lijkt dit voorstel mij moeilijk te 'verkopen' aan vrouwen en artsen die nu gewend zijn aan een tussentijd van drie jaar."

De gevoeligheid van het uitstrijkje als test ligt laag: in ongeveer 30 procent wordt een beginnende afwijking gemist. Dit ligt deels aan de kwaliteit van het gemaakte uitstrijkje (te weinig 'representatieve' cellen, slecht gefixeerd etc.), deels aan beoordelingsfouten op het laboratorium. Wanneer ten onrechte een uitslag 'goed' is afgegeven, dan is een herhaling na pas zes of zeven jaar erg riskant. Een dergelijk tijdsinterval is alleen te verdedigen wanneer er betere garanties komen voor de betrouwbaarheid. Dat betekent bijvoorbeeld dat het laboratorium vaker dan nu een uitslag 'onvoldoende' moet afgeven, zodat het uitstrijkje wordt herhaald. Wanneer het publiek geen voldoende vertrouwen in de kwaliteit heeft, vrees ik dat er een 'grijs circuit' zal blijven bestaan van uitstrijkjes die buiten het schema van het bevolkingsonderzoek om worden gemaakt, en dit is volgens het rapport nu juist ondoelmatig en kostenverhogend.

Juist aan de discussie over de kwaliteit van de uitstrijkjes en de wijze waarop deze verbeterd zou kunnen worden wordt in dit, overigens uiterst leesbare, rapport weinig aandacht besteed. De nadruk ligt vooral op effectiviteit en kostenbeheersing.

Onbevredigend

Toch is het te hopen dat de overheid op grond van dit rapport op korte termijn met een voorstel voor een verantwoord opgezet bevolkingsonderzoek komt. De huidige situatie is uit het oogpunt van volksgezondheid uiterst onbevredigend. Op grote schaal worden preventieve uitstrijkjes (dat wil zeggen: uitstrijkjes bij vrouwen die geen klachten hebben) gemaakt door huisartsen, gynaecologen en bij de Rutgershuizen. Maar deze uitstrijkjes vinden 'on-georganiseerd' plaats, en vooral bij vrouwen die voor pil- of spiraalcontrolle bij de dokter komen. Juist die groepen vrouwen die een hoger risico op baarmoederhalskanker hebben,

vallen daarbij uit de boot: iets oudere vrouwen die niet meer voor anti-conceptiecontrolle komen en vrouwen met minder opleiding die niet zo gauw zelf om een uitstrijkje vragen. Met een goed opgezet, georganiseerd bevolkingsonderzoek zouden ook deze vrouwen bereikt kunnen worden.

T.hea Dakkezs vaD. Emden



Noten

1. Eindrapportage van de Evaluatiecommissie inzake de vroege opsporing van cervixcarcinoom, januari 1988, NIPG Leiden.
2. M.E. Boom e.a., 'Toename van cervix-uteri carcinoma in situ bij vrouwen jonger dan 35 jaar.. Analyse van gegevens uit de huisartsenpraktijk 1974-1986', in: *Nederlands, Tijdschrift voor Geneeskunde* 1988 (127), nr. 27, pg. 1240-3
3. Ageeth Scherphuis, 'Dertig procent van de ernstige afwijkingen wordt gemist.. Hoe betrouwbaar is het uitstrijkje', in: *Vrij Nederland*, 36 juli 1988.

REACTIE

SOCIALE
GENEESKUNDE
MIST
ACTIVISME

J.C.J. de Man, sociaal geneeskundige, tak algemene gezondheidszorg

Is 'sociale geneeskunde' alleen maar een achterhaalde term, en kan ze maar beter, zoals een in het maart-nummer van 1987 afgebeeld oud mensje, in de grafkist stappen? Dat was een van de vragen, die naar aanleiding van het artikel van Kerkhoff werd gesteld.¹

In deze reactie doet J.C.J. de Man, zelf sociaal geneeskundige, een poging om die vraag te beantwoorden. Het antwoord is ja, een achterhaalde term, voor zover het een aan de sociale geneeskunde voorbehouden kwalificatie is. Nee, niet begraven is het antwoord als het gaat om de bijdrage die ook geneeskunde en gezondheidszorg behoren te leveren aan de oplossing van de milieukwestie.

Met zijn pleidooi voor een noodzakelijke heroriëntatie van de sociale geneeskunde om grote gezondheidspolitieke problemen op te kunnen lossen, lijkt Leenen een knuppel in het hoenderhok te hebben gegooid. Hij verwijt de sociale geneeskunde een vergaande verkeuteling. Ze zou daardoor ongeschikt zijn geworden om geneeskunde en gezondheidszorg te kunnen heroriënteren op de werkelijke behoeften van de bevolking en op de werkelijke oorzaken van ongezondheid. Van medische wetenschap en technologie, gezondheidsinstellingen en overheidsbureaucratieën verwacht hij blijkbaar niet veel. Op adequaat sociaal-geneeskundig onderzoek met sociaal engagement is zijn hoop ge-

vestigd, onder het motto: neem een voorbeeld aan de hygiënisten uit de vorige eeuw in binnen- en buitenland.²

Houwaart en Bannenbergh lijken beiden door Leenen te zijn uitgedaagd. Houwaart constateert dat er blijkbaar wat aan de hand is met het operationaliseren van de 'definitie': de voor de gezondheid relevante betrokkenheid op de wisselwerking mens-milieu. Uitvoerig gaat hij in op politieke en algemeen geneeskundige ontwikkelingen. Uiteindelijk mondt dat uit in een rijtje 'onsamenhangende onderwerpen', variërend van vrouwenmishandeling tot medische aspecten van oorlogs- en vredesvraagstukken. Juist sociaal geneeskundigen hadden deze verder moeten uitdiepen tot een visie op volksgezondheid.³

Ook Bannenbergh grijpt terug naar de 'definitie', hoewel hij er een wat ruimere formulering aan geeft. Volgens hem kan de sociale geneeskunde uit de crisis geraken door gebruik te maken van nieuwe methoden: epidemiologie, medische besliskunde, *health technology assesment* en gezondheidszorgonderzoek. Maar het perspectief dat hij te bieden heeft, is al evenmin erg groot. Het heeft er de schijn van dat hij vindt dat de sociale geneeskunde met dat soort methodieken beter kan concurreren met overheidsorganen en maatschappelijke organisaties die wel aspecten van de mens-milieu wisselwerking tot beleidsmatige studie hebben gemaakt."

De reactie van Kerkhoff op dit toch enigszins krampachtig zoeken naar perspectief voor de sociale geneeskunde, vooral als tak van wetenschap, laat aan duidelijkheid niet veel te wensen over. Sociale geneeskunde is geen vak; het is - hij citeert daarbij met instemming Sand - een *point de vue*, een zienswijze, die niet alleen zou moeten worden gedragen door elke medicus, maar ook door alle professionals die zich vanuit welke opleiding dan ook met geneeskunde en gezondheidszorg bezighouden. Meer academische ruimte voor de afzonderlijke takken is wat hij nodig acht. Wat meer elan zou daarbij geen kwaad kunnen. Aan de vertaling van de *point de vue* van toen in termen van nu heeft hij kennelijk geen behoefte. Kerkhoff lijkt zich daarmee evenals de LVSG te willen scharen in de rij van pleitbezorgers voor het opstoten van de sociale geneeskunde in de vaart der volkeren: sportgeneeskunde zesde tak, hartelijk welkom!

Het komt Kerkhoff op een krachtige reactie van Houwaart en Bannenbergh te staan: het is wel een vak! Ze proberen dat aan te tonen door de vraag te beantwoorden of de sociale geneeskunde een wetenschappelijk vakgebied is met een duidelijk afgegrensd object. Hun wel wat gemakkelijke antwoord daarop is dat, wanneer men de gynaecologie, chirurgie, interne geneeskunde en huisartsgeneeskunde als aparte wetenschappelijke vakgebieden beschouwt, sociale geneeskunde ook als een apart wetenschappelijk vakgebied binnen de wetenschap geneeskunde gezien kan worden.⁶

Mens-milieuprobleem

Het heeft allemaal wat weg van een polemiek die jojoet tussen tak, vak en visie.

Er zit iets onwezenlijks in deze polemiek, waarin gezondheidsproblematiek - van nu en straks - in relatie staat met de wisselwerking tussen mens en milieu. Een zo langzamerhand allesoverheersend mens-milieuprobleem komt namelijk niet uit de verf: de grenzen van het oecologisch toelaatbare dreigen ruimschoots overschreden te worden. Tekenen die daarop wijzen: de verzuring, het broeikas-effect door onder andere toenemende koolzuurconcentraties in de atmosfeer, de vervuiling van de onderwaterbodems, de aantasting van de ozonlaag, de ontbossing, de verwoestijning, het uitsterven van soorten etcetera.

Op het recent gehouden congres 1988, dat handelde over milieuproblemen in de delta van West-Europa, gaf Kuenen hiervan een allesbehalve opwekkend beeld. Hij liet vier



Zure regen

Michiel Wijnbergh | Hollandse ... Hoogte

waan-zinnigheden de revue passeren. De landbouw: in transportland Nederland worden er via Rotterdam enorme hoeveelheden voer door de veel te grote veestapel gevoerd die, dat was men even vergeten, ook iets achterlaat, mest dus. Het verkeer en vervoer: van middel doel geworden. De industrie: er worden gigantische hoeveelheden afval geproduceerd zonder dat de opruimingskosten voor het achteraf opruimen van het afval worden doorberekend. De bevolkingsdichtheid: veel te hoog.⁷

Hoe staat het nu, dit alles in aanmerking genomen, met de visie van de vijfde tak, de medische milieukunde? Die vraag ligt voor de hand.

Van der Torn heeft het over een diepvriesmaal zonder panklare oplossingen.⁸ Hij profileert een medisch milieukundige als een opspoorder, beschrijver en via risicoschattingen kwantificeerder van de meest gevoelige groepen binnen de bevolking. Een medisch milieukundige is volgens hem eigenlijk alleen nog maar toe aan advisering inzake milieu-incidenten en andere misgelopen zaken. Hij zou wat moeten doen aan vroeg-signalering via bijvoorbeeld milieumonitoring. Langs de weg van 'primordiale preventie' zou hij uiteindelijk naar steeds abstractere sferen kunnen klimmen, om dan te belanden bij de oorzaak van de milieuproblematiek in het algemeen.

Veel opzienbarends heeft Dols daar niet aan toe te voegen: de ontwikkeling van de functie van medisch milieukundige en de daartoe benodigde opleiding hebben tot nu toe resultaten opgeleverd, die als ontwerppindicaties te beschouwen zijn voor functie en opleiding.⁹ Hoe zou Leenen dit beoordelen, nog meer verkeuteling?

Opmerkelijk, een 'klein mens-milieuprobleem' dat de geesten niet werkelijk lijkt te beroeren. Net zo opmerkelijk is het overigens dat de beweging, die er in de 'milieubeweging' rondom de milieukwestie bestaat, kennelijk niet opvalt. En dat vooral, omdat het om een vergelijkbaar soort beweging gaat als die, welke de betrokkenheid van de 19e-eeuwse hygiënist bij de *ensemble des rapports entre la médecine et la société* zo kenmerkte.

Door Reynders is dat in een inleiding voor de KNMG gezouten naar voren gebracht.¹⁰ Hij vergeleek de hygiënist met de actiegroepen van nu en constateerde meewarig dat medische instanties als het RIVM, het Staatstoezicht en de GG & GGs momenteel niet veel meer opbrengen dan via ingewikkelde rekensommen aantonen dat het allemaal wel meevalt, of hoeveel je ergens van mag hebben. Hem komt het allemaal moeilijk te begrijpen voor, als je je realiseert welk een verwoestend effect onze manier van leven op het gezond bestaan van toekomstige generaties heeft.

Reveil der hygiënist

Aansluiting bij de milieukwestie is blijkbaar moeilijk te vinden. Bovendien wordt het verband tussen het milieuactivisme van nu en het hygiënist elan van toen niet echt gelegd. Zelfs een 'nieuwe tak', waar in dit opzicht wat van verwacht mag worden, heeft er problemen mee.

Minder problemen lijkt Vos ermee te hebben. Hij tilde op het eerder genoemde congres onder het motto van *survival of the fittest* naar *fitting a sustainable development* de milieukwestie boven de directe gezondheidsproblematiek uit naar het niveau van een overlevingsaangelegenheid. Eigenlijk deed hij daarmee hetzelfde als hetgeen de medisch polemologen met het kernwapenvraagstuk hebben gedaan. Met andere woorden: de gezondheidszorg heeft, het spreekt haast voor zich, tegen de verwoestende gevolgen van een kernwapen conflict net zo min iets te bieden als tegen de gevolgen van het broeikas-effect voor de delta's op deze aardbol.

Onmiskenbaar liet Vos zich hierbij leiden door het Brundtland rapport *Our common future*. In dat rapport, dat een

plaats, verdient naast de rapporten van de Club van Rome, wordt gepleit voor een duurzame economische ontwikkeling om de milieuvernietiging te bestrijden. Met *sustainable development* wordt een ontwikkeling bedoeld, die voorziet in de behoeften van de huidige generaties zonder de mogelijkheden van toekomstige generaties om in hun behoeften te voorzien in gevaar te brengen. Vos verbond er als logische consequentie onder meer aan dat het gebruik van fossiele brandstoffen drastisch verlaagd moet worden. Hij gaf trouwens ook voor een lokale overheid enkele aardige mogelijkheden aan om er concreet wat aan te doen.¹¹

In deze geest doorgeredeneerd kan aan Leenen's heroriëntatie van geneeskunde en gezondheidszorg nog wel een dimensie worden toegevoegd, namelijk ze moet ook grondstoffen- en energiearm zijn. Of wat kan het alternatief zijn voor de grondstoffen- en energieverslindende auto's om de behoefte van het gaan van en naar allerlei gezondheidszorginstellingen, die op hun beurt ook weer beslag leggen op deze hulpbronnen om ze te bouwen, te laten functioneren en ze een infrastructuur te geven voor het 'van en naar'? Anders gezegd, hoe ziet een gezondheidszorg gericht op werkelijke behoeften - minder verdoktering en verzustering zonder in antigeneeskunde of antizorg te vervallen - eruit, die milieu-inclusief is?

Dit soort vraagstellingen wijst eigenlijk naar één simpel recept om uit bovengenoemde polemieken te komen: niet vrijblijvend om de milieuproblematiek heen blijven draaien, maar de consequenties ervan vertalen bij het oriënteren van geneeskunde en gezondheidszorg op werkelijke behoeften en daarbij geen enkele andere maatschappelijke sector ontzien. Redenen zijn er voldoende. De gezondheid van komende generaties staat immers op het spel. En: inspiratie kan er geput worden uit het geploeter van de 19e-eeuwse hygiënisten. Die hebben het ook niet voor niks gekregen.¹²

Een geneeskunde en gezondheidszorg die dat op weten te brengen kunnen met recht sociaal genoemd worden. Dat valt van de sociale geneeskunde momenteel niet te zeggen. Ook om die reden kan de kwalificatie sociaal maar beter afgeschaft worden en niet alleen omdat het een volgens Kerkhoff te vage term zou zijn. —

Noten

1. Kerkhoff, A.H.M., 'Sociale geneeskunde is geen vak.' in: *TGP* 1987, nr. 3, pg. 45-47.
2. Leenen, H.J. I., 'Problemen op weg naar gezondheidspolitiek en een pleidooi voor sociale geneeskunde', in: *TSG* 65 (1987), nr. 2, pg. 40-44.
3. Houwaart, E., 'Zijn de laatste dagen van de sociale geneeskunde geteld', in: *TGP* 1986, nr. 4, pg. 51-55.
4. Bannenberg, G., 'De crisis in de sociale geneeskunde', in: *TGP* 1987, nr. 1, pg. 51-55.
5. Hermann, C., 'Sportgeneeskunde: de zesde tak' in: *Medisch Contact*, jrg. 42 (1987) nr. 22, pg. 681.
6. Bannenberg, G. en Houwaart, E., 'Visie op een vakgebied', in: *TGP* 1987, nr. 4, pg. 39.
7. Kuenen, D.J., 'De milieuproblematiek', congres 1988 van het Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling: wordt gepubliceerd in *TSG*.
8. Van der Torn, P., 'Medische milieukunde', in: *Medisch Contact* jrg. 42 (1987) 51/52, pg. 1625.
9. Dols, W.P.M., 'Medische milieukringen bij basisgezondheidsdiensten', in: *TSG* 66 (1988), pg. 189.
10. Reynders, L., Inleiding KNMG, niet gepubliceerd.
11. Vos, M., Taak en mogelijkheden van de lokale overheid, Congres 1988, Ned. Congres voor Openbare Gezondheidsregeling; wordt gepubliceerd in *TSG*.
12. Er bestaat een vereniging die dat wil bevorderen. Het is de Vereniging tot Bevordering van de Algemene Gezondheidszorg, dr. J. Penn. Ze heeft ten doel het - aansluitend bij de sociaal geneeskundige traditie, waardoor de basis werd gelegd door de hygiënisten in de 19e eeuw - bieden van een platform waar het mogelijk is deze traditie, aangepast aan tijd en plaats, verder te ontwikkelen en te bevorderen dat hieraan op de diverse terreinen waar de leden werkzaam zijn vorm wordt gegeven. Het secretariaat van de vereniging is gevestigd te Rozendaal (Gld.) Delhoefelaan 18.
13. Deze bijdrage is mede tot stand gekomen dank zij het commentaar van R. Melchers en M. Noordhoek.

Onze kostelijke gezondheid

J.P. van der Reijden, *Onze kostelijke gezondheid. De oud-staatssecretaris van WVC over: vergrijzing, bezuinigingen, artsenhonoraria, overheidsbemoeienis, wie kiest voor wat.* Amsterdam (Uitgeverij Balans) 1987, 302 pagina's, ISBN 90-5018-020-5, prijs: f 27,50

'Men dient zich in de politiek toch eens af te vragen of alles wat er zoal gezegd wordt, werkelijk gezegd moet worden', zei Van der Reijden twee jaar geleden in een interview met Ischa Meyer. Maar de geruchtmakende oud-staatssecretaris van Volksgezondheid raakt zelf ook maar niet uitgepraat. Prompt na zijn aftreden vorig jaar verscheen van zijn hand het driehonderd bladzijden tellende boek *Onze kostelijke gezondheid*, waarin hij de verschillende wapenfeiten uit zijn korstondige politieke carrière nog eens de revue laat laten. Onderhoudende kost, overgoten met citaten, anekdotes en de wijsheden van een oud-bewindsman. Van der Reijden weet zijn verhaal smakelijk op te dienen.

De cos-politicus Van der Reijden was de hoogste man op Volksgezondheid ten tijde van het eerste kabinet-Lubbers (1983-1987). No *nonsense* was het devies en Van der Reijden was het kabinet binnengehaald met maar één opdracht: bezuinigen. En de zoon van kleine middenstanders, ooit handelaar in varkens, daarna opgeklommen tot voorzitter van de ziektekostenverzekeraar Het Witte Kruis en uiteindelijk terechtgekomen in het politieke brandpunt van de gezondheidszorg, kende zijn opdracht. Ziekenhuizen werden gesloten in het kader van de beddenreductie, nieuwbouw werd beperkt. Door de invoering van de budgettering legde hij de instellingen aan financiële banden. Hijsaneerde de ziekenfondsverzekering door de kleine zelfstandigen de particuliere markt op te jagen en voerde de medicijnenknaak in. Met de artsen bond hij de strijd aan over de hoogte van hun inkomens.

Niet toevallig zijn we dus al in de eerste alinea van *Onze kostelijke gezondheid* aangeland bij het onderwerp geld. Ruding krijgt in Peking een acute blindedarmonsteking, en moet zich ter plekke in een ziekenhuis laten opnemen. Weer opgeknapt ontvangt hij van Van der Reijden een bos bloemen met het kaartje: 'Hartelijk gelukgewenst met je snelle herstel; zover had je nu ook weer niet hoeven te gaan in je medewerking aan mijn ombuiging'. De toon is gezet. In een oude-jongens-krantenbroodsfeer, links en rechts plaagstoten uitdelend, verdedigt Van der Reijden zijn beleid: de middelen zijn schaars, er moet gekozen worden en die keuzes moeten door politici worden gemaakt. 'Ik dacht [...] in termen van een centraal geleid, decentraal uitgevoerd

beleid. Ik liet de uitvoering van het overheidsbeleid zoveel mogelijk aan de organisaties of aan de overige publiekrechtelijke organen over, maar ik gaf ~ ten dele noodgedwongen ~ de organisaties opdracht zich daarbij strikt te houden aan de inhoudelijke, financiële en door het kabinet gestelde kaders. Natuurlijk nam niemand mij dat in dank af. [...] Dat alles opdat bijgedragen zou worden aan de verkleining van het financieringstekort, zodat het bedrijfsleven meer lucht zou krijgen' (p. 252).

Generaal Akkoord

Dank kwam zeker niet van de kant van de specialisten. 'Het bleef over en weer knokken om details tot het allerlaatste moment' (p. 109). Veel verder dan het afsluiten van het Generaal Akkoord met de specialisten kwam Van der Reijden trouwens niet. Een magere oogst, maar het verbaast hem niet 'dat ook Lubbers-U vasthoudt aan het inmiddels zo verfoeide Generaal Akkoord. Er is immers niets beters' (p. 119). Het kabinet overweegt overigens op dit moment de overeenkomst op te zeggen.

Dank zal ook niet zijn gekomen van al degenen die van de ziekenfondsverzekering moesten overstappen naar de particuliere ziektekostenverzekeraars. Van der Reijden zegt hiervan dat hij verder wilde kijken dan de opheffing van de vrijwillige verzekering en de bejaardenverzekering. Daarom lanceerde hij de bekende gedachte van de drietapsraket, een van de vele luchtballons. ('weloverwogen pogingen tot overdracht van concepties', p. 147) die Van der Reijden oplet. Met genoeg stelt hij vast dat varianten op zijn destijds weggehoonde drietapsraket nu politiek worden omarmd. Ook de commissie Dekker staat volgens hem niet ver af van zijn raketgedachte.

M en toe wordt het boetekleed aangetrokken. Het geneesmiddelenbeleid beschouwt hij als 'het minst geslaagde deel' van zijn beleid (p. 85). De medicijnenknaak heeft gezins bijgedragen aan de beperking van het geneesmiddelengebruik; zo erkent Van der Reijden. Hij meent een fout te hebben gemaakt door de eigen bijdrage te heffen per recept en niet per voorgeschreven hoeveelheid. Dit werkt teveel voorschrijven in de hand.

Ook de intrekking van de Kaderwet specifiek welzijn, die een omvattend planningsregime voor gezondheids- en welzijnszorg zou brengen zonder tegelijk te zorgen voor vervangende planningswetten voor de afzonderlijke sectoren, beschouwt hij achteraf als een 'taxatiefout'. 'Het kan zeker hebben bijgedragen aan het verzet van het volksgezondheidsveld tegen welke soort planning dan ook. Men was de planningswetgeving al zat voordat Lubbers-I aantrad en nu kreeg men een kans voor open doel om, de gelederen sluitend, de bal in te tikken' (p. 253).

Romeinse notitie

Een heel hoofdstuk wordt besteed aan de beruchte Romeinse notitie. Aan het einde van de kabinetsperiode, gezeten op een balkon van een hotelkamer in Rome, schrijft Van der Reijden enkele velletjes briefpapier vol over een nieuwe structuur voor de ziektekostenverzekeringen. De notitie, waarin wordt gesproken over een mogelijk eigen risico van duizend gulden, lekt voortijdig uit en leidt tot heftige reacties. Deze notitie heeft ongetwijfeld bijgedragen aan het niet terugkeren van Van der Reijden in het tweede kabinet Lubbers, maar hij staat nog steeds achter zijn daarin ontvouwde gedachten: 'Het gaat er nu om het stelsel van ziektekostenverzekering ook in de volgende drie decennia betaalbaar te houden' (p. 189).

Van het marktdenken in de gezondheidszorg, zoals gepropageerd door de Commissie Dekker, moet Van der Reijden niet veel hebben. 'De markt brengt inderdaad trefzeker vraag en aanbod in evenwicht. Let wel de koopkrachtige vraag, die optimaal wordt bevredigd door de efficiënte aanbieders. De rest heeft het nakijken. Eigen

schuld, dikke bult' (p. 295). Het nieuwe stelsel zal volgens hem zelfs tot grotere kosten leiden. De markt is ook 'niet de meest geschikte trefplaats om over de werkelijk grote gezondheidsvraagstukken van deze en de komende tijd te praten' (p. 289). Voor de overheid blijft een leidende rol in de gezondheidszorg weggelegd. Maar 'onbetwistbaar is dat de tijdgeest zich heeft afgewend van het exclusief medisch georiënteerde denken en veel meer gaat in de richting van economisch denken en handelen' (p. 45).

Natuurlijk kan Van der Reijden het niet nalaten nog wat nuttige suggesties mee te geven aan het einde van zijn boek. 'Begin niet nu aan het avontuur van de normalisatie van de ziekenfondspremie. Wacht even met de concurrentie tussen de ziekenfondsen onderling en met de verzekeraars'. En: 'Breek niet eerst alles op het gebied van de wetgeving af voordat er iets nieuws mag komen' (p. 281).

Ook in *Onze kostelijke gezondheid* doet Van der Reijden zich vooral kennen als een Real-politiker. Grote ideeën over de toekomst van de gezondheidszorg heeft hij niet. Wel geeft hij er regelmatig blijk van verder te hebben gekeken dan zijn bezuinigingsneus lang was. Gedrevenheid kan hem niet worden ontzegd, maar hij kent de smalle marges van de politiek. Wellicht kende hij ze iets te goed. Vernieuwing heeft hij immers niet gebracht in de gezondheidszorg. Maar in de windstille tussen het failliet van de planningswetgeving en de opkomst van het marktdenken heeft hij misschien ook de tijd niet meegehad.

Moest werkelijk geschreven worden wat Van der Reijden geschreven heeft? Nee. Maar leuk om te lezen is het wel.

Jos Dute

Stadsbuschauffeurs

Miehel A.J. Kompier, *Arbeid en gezondheid van stadsbuschauffeurs*. Proefschrift, Delft (Eburon) 1988.

Kompier geeft in zijn proefschrift vanuit verschillende gezichtshoeken en op basis van meerdere, soms kleinschalige onderzoeken een beschrijving van zowel het werk en de werkomstandigheden als van de gezondheidsproblemen en gezondheidsbeleving van chauffeurs van het gemeentelijk vervoersbedrijf in Groningen. Op deze wijze wil hij nagaan of en wat de beroepsgebonden oorzaken zijn voor het relatief hoge ziekteverzuim en grote aantal afkeuringen onder stadsbuschauffeurs.

Daartoe heeft hij in het tweede hoofdstuk een theoretisch model ontwikkeld waarin het excessief hoge ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid worden beschouwd als resultaten van werkbelasting en het verwerkingsvermogen van een persoon. Deze treden pas op de langere termijn op wanneer de gelegenheid tot herstel van arbeidsinspanning te kort schiet. Hij spreekt zelf over een 'cumulatief procesmodel met betrekking tot de relatie werk en gezondheid'.

Lange-termijneffecten

Kompier presenteert zijn model na een bespreking van verschillende andere modellen uit de bedrijfsgezondheidszorg, inspannings- en experimentele psychologie, neurobiologie en stress-literatuur. Het klassieke bedrijfsgeneeskundige belasting-belastbaarheidsmodel, waarbij ziekte wordt gezien als een gevolg van het niet in evenwicht zijn van de belasting van het werk met de belastbaarheid van de werker, neemt hij als uitgangspunt. Evenals anderen echter kritiseert de auteur, die zelf psycholoog is, de idee dat in dit

model besloten ligt, namelijk dat werkers hun arbeidsbelasting passief ondergaan. Een reeks van verwijzingen naar literatuur uit de arbeids- en experimentele psychologie, ondersteunen de alleszins plausible stelling dat mensen actief omgaan met taakeisen in hun werk en dat zij de werksituatie op hun eigen wijze organiseren. Vandaar dat *autonomie* als een belangrijk aspect van werk(belasting) in het model wordt opgenomen, naast de arbeidsbelasting, -omgeving en -inhoud uit het klassieke belasting-belastbaarheidsmodel.

Wat betreft de belastbaarheid of het verwerkingsvermogen van het individu, door Kompier kernachtig omschreven als 'het vermogen tot presteren en trotseren' gaat hij te rade bij de auteurs over werkstress, met name Levi. *Copingstrategieën* (voor een persoon kenmerkende manieren waarop belasting tegemoet getreden wordt) en sociale ondersteuning worden naast de somatische kenmerken gezien als belangrijke elementen van het verwerkingsvermogen.

Een derde belangrijke aanpassing op het klassieke bedrijfsgezondheidskundig model is het nadrukkelijk erin opnemen van *lange-termijneffecten*. De hersteltijd (van bijvoorbeeld hartslag na inspanning of kerntemperatuur na oververhitting) in bedrijfsgeneeskundige belasting-belastbaarheidsstudies is vrijwel altijd kort, terwijl arbeidsongeschiktheid en verzuim moeten worden gezien als lange-termijneffecten van onvoldoende herstel van arbeidsbelasting. Het 'cumulatief-procesmodel' van Kompier biedt een inzichtelijk en bruikbaar conceptueel kader voor het bestuderen van lange-termijneffecten van arbeidsbelasting, en is dus zodanig een verbetering van het klassieke belasting-belastbaarheidsmodel.

Ik beschouw hoofdstuk 2 als het beste deel van het boek. Het verslag van onderzoeken in de volgende hoofdstukken vormt echter een illustratie van de moeilijkheidsgraad en gecompliceerdheid van onderzoek naar cumulatieve processen over langere perioden. Voordat ik deze kritiek nader toelicht, eerst een korte samenvatting van werkwijze en belangrijkste resultaten.

In hoofdstuk 4 worden de uitkomsten gepresenteerd van een ergonomische analyse van de werklek van chauffeurs; het meest opmerkelijke is dat *alle* chauffeurs, ongeacht gewicht en lichaamslengte, hun stoel in de hoogste én voorste stand plaatsen. Het meest omvangrijke hoofdstuk, hoofdstuk 5, bevat de resultaten van twee enquêtes onder chauffeurs (N=165 resp. N=168) afgenomen in 1983 en 1984, naar slaapkwaliteit, ervaren gezondheid (VOEG), klachten over het bewegingsapparaat, ervaring van werkomstandigheden en *copingstrategieën*, en ervaren sociale ondersteuning. De geënquêteerde chauffeurs blijken meer slaapklachten te hebben dan een vergelijkingsgroep lagere employés, maar niet minder dan ploegenwerkers in nachtdienst; hun ervaren gezondheidsklachten zijn ruim tweemaal groter dan werknemers in een vergelijkbare ambachtelijke functie en driemaal groter dan werknemers in een administratieve functie. Ook hun klachten over het bewegingsapparaat zijn in vergelijking met een groep Zweedse werknemers systematisch groter, met name wat betreft klachten aan nek, schouders en bovenste deel van de rug. Wat klachten over fysieke werkomstandigheden betreft (klimaat, stank, lawaai, verlichting etcetera) scoren stadsbuschauffeurs vaak viermaal hoger dan werknemers in administratieve functies en bijna tweemaal hoger dan werknemers in de industrie. Veel kleiner zijn de verschillen tussen buschauffeurs en rij-examinatoren en personeel van de Nederlandse Spoorwegen wat betreft *copinggedrag*.

Een van de vergelijkingsgroepen bij de beoordeling van de scores op de variabele: sociale ondersteuning, is een steekproef onder Rotterdamse stadsbuschauffeurs die, evenals de beide andere vergelijkingsgroepen (beambten



Bert Verhoeve/Hollandse Hoogte

en een industriële populatie), aanzienlijk meer ondersteuning van chef en collega's krijgen dan hun Groningse collega's. Deze factor is dan ook geen beroepsgebonden factor, maar vooral *bedrijfsgebonden!*

Beroepsgebonden

In de hoofdstukken 6 en 7 wordt het verzuim respectievelijk het aantal afkeuringen van stadsbuschauffeurs besproken. Ook hier blijkt dat de chauffeurs een verzuimpercentage hebben dat 2 à 3 keer hoger ligt dan het Nederlands gemiddelde; de kans om afgekeurd te worden is, gestandaardiseerd voor leeftijd, tweemaal groter in vergelijking met het gemiddelde van alle verzekerden bij het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds.

Hoofdstuk 8 bevat de verslagen van een drietal kleine longitudinale onderzoekjes waarmee de auteur vooral het *beroepsgebonden* karakter van het hoge afkeuringspercentage wil duidelijk maken. Allereerst worden cijfers gepresenteerd van het ziekteverzuim van chauffeurs die hun functie hebben verlaten, óf vanwege afkeuring óf uit eigen initiatief. Degenen die zijn afgekeurd, blijken al vijfjaar vóór afkeuring een hoger verzuim te hebben dan de vrijwillige uittrekkers. De auteur concludeert hieruit dat verzuim een belangrijke vroege indicatie is voor afkeuring op medische gronden. Helaas, gegevens over de leeftijdsverdeling ontbreken. Het is immers aannemelijk dat werknemers die het bedrijf uit eigen beweging verlaten jonger zijn dan degenen die worden afgekeurd en alleen alom die reden meer verzuimen.

In de tweede gepresenteerde studie wordt van een groep chauffeurs die in 1978 is geïnterviewd over hun 'slaapkwaliteit', 'vermoeidheidsgevoelens' en 'opzien tegen het werk' nagegaan of de scores op deze variabelen verband houden met het verzuimpatroon en het al dan niet worden afgekeurd. Er wordt een verband geconstateerd tussen een slechte slaapkwaliteit en een hogere verzuimduur en -frequentie in 1978 enerzijds en een hoger verzuim en een groter aantal afkeuringen in 1983 anderzijds.

In het derde onderzoekje, dat in hoofdstuk 8 wordt gerapporteerd, worden de scores van de chauffeurs op de vragenlijsten in verband gebracht met hun verzuimpatroon in de drie voorafgaande jaren. Ook chauffeurs die in de perio-

de 1979-1984 zijn afgekeurd werden in deze vergelijking betrokken; alleen hebben hun antwoorden op de vragen naar werkbelasting en dergelijke betrekking op de periode dat zij nog als buschauffeur werkten. Meer ervaren (rooster) tijdsdruk en minder (ervaren) aandacht voor veiligheid zijn de werkgebonden variabelen die significant correleren met verzuim c.q. afkeuring. 'Vrijheidsgraden' (of ervaren autonomie), een variabele die volgens de theorie belangrijk zou zijn, en eisen die voortkomen uit de dienstverlening aan passagiers hebben geen verband met verzuim c.q. afkeuring.

Beperkte waarde

Kompier toont in zijn boek overtuigend aan dat chauffeurs in stadsbussen een relatief gedepriveerde groep vormen. Maar wanneer we zijn studie beoordelen naar de doelstelling ervan en naar de vooronderstellingen uit het theoretische model, dan stelt het resultaat teleur. De studie biedt geen duidelijk inzicht in het proces en de factoren die leiden tot arbeidsongeschiktheid. Aangevoerd wordt dat een hoger verzuim en meer slaapklachten de kans op afkeuring verhogen, maar ervaren gezondheidsklachten en hinder uit werkomstandigheden eveneens. In hoeverre de gesignaleerde ergonomische tekortkomingen een rol spelen (instelbaarheid stoel, stuur en pedalen) op het opmerkelijk hoge percentage afkeuringen op nek- en schouderklachten wordt niet duidelijk. Evenmin, wanneer de overgang tussen reversibele en irreversibele effecten van arbeidsbelasting plaatsvindt. Verzuim kan een indicator van beide zijn. De belangrijkste reden waarom het 'cumulatieve proces' van arbeidsbelasting dat tot afkeuring leidt niet adequaat onderzocht kon worden, is dat het onderzoeksdesign daarvoor niet geschikt is. Voor het beschrijven van processen en het onderkennen van causale of conditionele relaties is een longitudinale opzet noodzakelijk. Kompier heeft weliswaar op twee tijdstippen onderzoeksgegevens verzameld, maar bij twee verschillende steekproeven. Dit is onbegrijpelijk en maakt het analyseren van ontwikkelingen over de tijd onmogelijk. Bovendien ontbreekt elke verantwoording voor deze handelswijze. Maar ook wanneer men zich noodgedwongen tot één meting moet beperken, had door de variabelen in een model te toetsen (bijvoorbeeld door padanaly-

se) meer zichtbaar gemaakt kunnen worden van het proceskarakter.

Door het inadequate onderzoeksdesign en de erg vrije operationalisering van de concepten uit het theoretisch model zijn de conclusies globaler en minder samenhangend dan nodig. Het aangeven van de beperkte waarde van het onderzoek, afgemeten aan de doelstelling van de studie, was op zijn plaats geweest en zou ook nuttiger zijn geweest voor vervolgonderzoek. De verdienste en het intrigerende van Kompiers studie is ongetwijfeld de uitdagende en uiterst relevante vraagstelling naar oorzaken en het tot stand komen van arbeidsongeschiktheid en de theoretische beschouwing die hijeraan wijdt. Hij heeft niet gearzeld om de disciplinaire grenzen te overschrijden, maar als onderzoeker is hij het slachtoffer geworden van de complexiteit en omvang ervan.

Nico Plomp

Preventie van ongeschikte arbeid

W. den Heeten e.a., *Preventie van ongeschikte arbeid*, 1987, 138 pagina's. Te bestellen door overmaking van f 14,50 op rekeningnummer 422052663, Amrobank Uithoorn. (postgiro bank 32750) t.n.v. RIAM Hoofddorp, onder vermelding van 'Preventie van ongeschikte arbeid'.

Voorkomen is beter dan genezen geldt ook voor de geestelijke gezondheidszorg. Een van de drie hoofdtaken van de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's) daarom preventie, dat wil zeggen het voorkomen van ernstige psychische en psycho-sociale problemen. Elke RIAGG heeft wel één of meer preventiewerkers in dienst. Preventie is echter geen gemakkelijke opgave. Opleidingen voor preventiewerkers ontbreken tot op heden, de theorievorming rond het preventiewerk is weinig ontwikkeld en effecten zijn moeilijk te meten. 'De noodzaak van preventie wordt bijna alom ingezien maar de mogelijkheden om ideeën in praktijk om te zetten zijn gering en men stuit snel op de begrensdheid van de hulpverlening', schreef Bert de Turck tien jaar geleden al (*Politiserende hulpverlening*, p. 126).

In het boekje *Preventie van ongeschikte arbeid* geven vier RIAGG-preventiemedewerkers hun visie op de preventie van psychische problemen die samenhangen met slechte arbeidsomstandigheden en arbeidsongeschiktheid. Deze problemen zijn volgens hen vooral het resultaat van maatschappelijke structuren en processen. De auteurs benadrukken daarom de maatschappelijke factoren die de arbeidsongeschiktheid beïnvloeden: veranderingen op sociaal-economisch niveau (schaalvergroting, automatisering, het structurele karakter van de werkloosheid), op sociaal-cultureel niveau (individualisering, consumptiegerichtheid, ontzuiling, medicalisering etcetera) en op institutioneel niveau (sociale-verzekeringssysteem). Door arbeidsongeschiktheid als een individueel zorgprobleem te benaderen, leiden overheid, bedrijfsleven en gezondheidszorg de aandacht af van de ongeschikte arbeid.

Hulpverlening aan arbeidsongeschikten moet het idee van individueel falen doorbreken. Preventie, die zich wil richten op maatschappelijke oorzaken, gaat echter de krachten van een RIAGG'er te boven. De publikatie mondt dan ook uit in een pleidooi, gericht aan politiek en bedrijfsleven. De kwaliteit van de arbeid moet worden verbeterd. Daartoe dienen registratiesystemen voor ziekteverzuim, en arbeidsongeschiktheid beter te worden gebruikt. Bedrijfs-

verenigingen en personeelsafdelingen van bedrijven zouden meer met de RIAGG's kunnen samenwerken. Maar ook behoort betaalde arbeid een minder centrale plaats in te nemen in de maatschappelijke waardenhiërarchie en moeten betaalde en onbetaalde arbeid worden herverdeeld.

Signaalfunctie

Preventie van ongeschikte arbeid is eerst en vooral een signaal vanuit de geestelijke gezondheidszorg aan politiek en bedrijfsleven. Daar, en niet bij de RIAGG's, ligt de eerste verantwoordelijkheid voor preventie. Terecht werd het boekje dan ook op 12 april jongstleden aangeboden aan de Tweede Kamer. Verder kan deze publikatie dienen als uitgangspunt voor de discussie binnen de RIAGG's over de taak en het functioneren van het preventiewerk.

De auteurs beloofden in hun inleiding echter meer. Zij zouden hun 'praktijkervaring verwoorden' en tegelijk 'de resultaten van een meer theoretische reflectie presenteren' (p. 3). Van die praktijkervaring krijgen we helaas weinig te zien. Graag had ik wat gelezen over de concrete ervaringen die de auteurs hebben opgedaan bij de opzet en uitvoering van preventie-activiteiten. Welke moeilijkheden zijn zij daarbij tegengekomen, welke oplossingen hebben zij gevonden, welke fouten zijn gemaakt? Waar ligt de grens voor preventie-activiteiten vanuit de RIAGG's? Met de geruststellende mededeling dat 'inhoudelijk en methodisch' de AGGZ-preventie 'zich voorspoedig heeft ontwikkeld' (pg. 76), moet de lezer het helaas doen.

Ten opzichte van de bestaande literatuur biedt de 'theoretische reflectie' geen nieuwe gezichtspunten. Verder wordt over allerlei problemen wel erg vlot heen gestapt. Een voorbeeld. Vastgesteld wordt dat steeds meer mensen vanwege psychische of psychosomatische problemen in de AAW/WAO recht komen. Nu hoeft dit niet het gevolg te zijn van verslechterde arbeidsomstandigheden. Het kan ook voortvloeien uit het feit dat dergelijke problemen vaker als zodanig worden beleefd, herkend en gediagnosticeerd. 'Het is echter de vraag of de uitbreiding van het ziektebegrip zo'n belangrijke rol speelt', menen de auteurs. Volgens hen neemt het aantal arbeidsongeschikten toe, omdat meer mensen een beroep uitoefenen dat psychisch belastend is. Verder zouden werknemers onder druk staan vanwege afvloeiingsmaatregelen en zouden veel mensen in hun levens- en werkverwachtingen gefrustreerd geraakt zijn, omdat de idealen van de jaren zestig in het werk nauwelijks kunnen worden gerealiseerd (pg. 39-41). Daarmee is het vraagstuk van de medicalisering van tafel. Grote stappen, snel thuis. Een dergelijke globale benadering wreekt zich natuurlijk als concrete aangrijpingspunten moeten worden gevonden voor preventie-activiteiten. De band tussen analyse en aanbevelingen is dan ook zwak.

Toch is dit signaal vanuit de gevestigde hulpverlening van belang. Want ondanks de nodige gebreken maakt deze publikatie één ding goed duidelijk: geestelijke gezondheidszorg is bepaald niet alleen een zaak voor hulpverleners. Overheid, politici, werkgevers- en werknemersorganisaties kunnen daar niet vaak genoeg aan worden herinnerd.

Jos Dute

KORT & GOED

Voor alle initiatieven, projecten, verslagen & dagen op het gebied van de gezondheidszorg, stuur uw aankondiging hiervan naar Kort & Goed. Ook scripties, brochures en boeken kunnen hierin venneld en kort besproken worden.

Kort & Goed wordt samengesteld door Maud Verhoofstad. Het adres is: Kort & Goed, Postbus 275, 3500 AG Utrecht.

Het Beterschap Symposium

Bij de belangenvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden, het Beterschap, zijn de volgende studiedagverslagen en brochures verschenen:

Vrouw in Touw. In dit verslag zijn de inleidingen opgenomen, die tijdens twee themadagen in 1987 zijn gehouden. Dit verslag geeft zowel aan wat positieve actie is, als hoe deze in de verpleging zo toegepast kan worden dat de positie van vrouwelijke verpleegkundigen wordt verbeterd. De prijs is f 15,- voor leden en f 17,50 voor niet-leden.

Gewicht van de BIG. In deze brochure zijn de inleidingen opgenomen die gehouden zijn op de studiedag van 2 juni 1988. Het accent ligt op de consequenties van het Voorstel van Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). De prijs is f 7,50 voor leden en f 10,- voor niet-leden.

Aanzet in de beroepsontwikkeling. Het verslag van de studiedag 'Aanzet in de beroepsontwikkeling, een verantwoorde verpleegkundige zorg voor de zwakzinnige mens is nog realiseerbaar' is uit. Hierin zijn opgenomen de inleidingen, de reacties daarop en de forum-discussie. De prijs is f 7,50 voor leden en f 9,- voor niet-leden.

Aids en Attitude. Deze informatiebrochure gaat in op wat aids precies is, testen, hygiënische maatregelen, het verpleegkundig handelen t.o.v. aidspatiënten en op gewetensbezwaren. De prijs is f 7,50 voor leden en f 10,- voor niet-leden.

Herstructurering Kruiswerk. In deze brochure over de herstructurering binnen het Kruiswerk wordt ingegaan op de gevolgen die de herstructureringsoperatie in deze sector voor het personeel kan hebben. De prijs is f 3,50 voor leden en f 5,- voor niet-leden.

Alle verslagen en brochures zijn te bestellen door het genoemde bedrag over te maken op gironummer 2487360 ten name van Het Beterschap in Utrecht, onder vermelding van de titel.

De Stichting Profiel Noordelijk Platform voor Verpleegkundige Beroepsontwikkeling organiseert op 2 november 1988 een symposium met als thema 'Kwaliteitsbewaking in toetsing van de verpleegkundige zorg'. Voor nadere inlichtingen kan men contact opnemen met de Stichting Profiel, postbus 4057, 9701 EB Groningen, tel. 050-343401 (na 18.00 uur).

Huisvesting en zorg voor ouderen

Onlangs is een onderzoeksrapportage verschenen van het onderzoeksplatform sociaal-medische dienstverlening Amsterdam (OSA): *Huisvesting en zorg voor ouderen in Amsterdam-Noord. Een probleemverkenning.* Het rapport toont aan hoeveel 'voor ouderen geschikte' woningen er in Amsterdam-Noord moeten zijn in het jaar 2000, wanneer er rekening gehouden wordt met een vermindering van het aantal plaatsen in een verzorgingshuis. Het blijkt dat er veel te weinig van dat soort woningen zijn, bovendien liggen ze ver van voorzieningen die voor ouderen van belang zijn. Ook blijkt dat in dat soort woningen vaak geen ouderen wonen.

De conclusie is dat de omvang en verdeling van de voorraad woningen in de toekomst grote aandacht eist.

Naast huisvesting is ook de zorg voor ouderen bekeken. Het rapport geeft een schets van de verminderende sociale netwerken, de 'mantelzorg', de burenhulp, buurtwinkels enzovoort. Knelpunten in de professionele gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening worden vervolgens geïnventariseerd en besproken. Voorbeelden zijn: veel te lange wachtlijsten voor gezinsverzorging, te weinig capaciteit voor dagbehandeling in het verpleeghuis. Het rapport mondt uit in een aantal aanbevelingen voor het

realiseren van meer geschikte woningen in de nabijheid van voorzieningen, en voor een grotere verscheidenheid in soort woningen, als ook mogelijkheden voor groepswonen.

Ook wordt gesproken over nieuw op te zetten steunpunten per wijk, die o.a. de volgende functies kunnen hebben: preventieve huisbezoeken, ondersteuning van de mantelzorg, één aanspreekbare persoon voor de hulpvrager, breed aanbod van klussenhulp, maaltijden en gezelligheid.

Meer inlichtingen over deze publicatie kunt u krijgen bij T. de Ridder, Oudezijds Achterburgwal 128, 1012 OT Amsterdam, tel. 020-240075. Exemplaren van het rapport zijn te bestellen door overmaking van f 10,- op girorekening 4587303 van de Stoba in Amsterdam, onder vermelding van Osa-15.

Klachtenbureau

"Vader moet de waarnemend arts viermaal bellen, voordat hij naar zijn zieke zontje van vijf maanden komt kijken. Wanneer de vader tegen de arts een opmerking maakt over het viermaal bellen, antwoordt de arts: "Hier heeft u een gulden, dan is dat verrekend". Dit is een van de 191 klachten die op het Klachtenbureau van Patiëntenkracht in 1987 is binnengekomen.

Het jaarverslag van dit klachtenbureau voor 's Gravenhage en omgeving is onlangs verschenen. Naast de verschillende voorbeelden wordt ook een cijferoverzicht van de binnengekomen klachten gegeven. Het merendeel hiervan is relationeel van aard, waarvan het hierboven genoemde een voorbeeld is. Daarnaast zijn er ook klachten die organisatorisch van aard zijn of klachten over fraude (onjuiste declaratie). Het jaarverslag vervolgt met de beschrijving van de afhandeling van de verschillende klachten en de resultaten bij o.a. ziekenhuizen en de geneeskundige inspectie.

Meer informatie over dit klachtenbureau of over het jaarverslag is te verkrijgen bij Patiënten Klachtenbureau, Grote Marktstraat 17, 2511 BH 's Gravenhage, tel. 070-634371.

Vergrijzing

Het aantal ouderen onder de diep geestelijk gehandicapten wordt steeds groter. Om inzicht te krijgen in de knelpunten van deze ontwikkeling hebben dr. M.J. Haveman en mw. drs. MA Maaskant, medewerkers van de Rijksuniversiteit Limburg, een onderzoek verricht. Het verslag daarvan is zojuist verschenen. Hierin is te lezen dat in het jaar 2000 25-30% van de diep geestelijk gehandicapten 50 jaar of ouder zijn, terwijl dit momenteel 15% is. Het proces van een toenemend aantal ouderen verloopt geleidelijk, maar heeft ingrijpende consequenties. In verband met de betrekkelijk hoge levensverwachting van de bewoners en de blijvende noodzaak van opnames is een uitbreiding van het aantal plaatsen in zwakzinnigeninrichtingen en gezinsvervangende tehuizen onontkoombaar.

Bovendien is bij diep geestelijk gehandicapten op de leeftijd van 50 jaar een kritische grens bereikt, waarna chronische aandoeningen en problemen met het zich bewegen en verplaatsen in versneld tempo gaan optreden. Uit het onderzoek blijkt dat op oudere leeftijd vooral aandoeningen als hoortoornissen, longemfyseem, CARA, dementie en depressie vaker voorkomen dan bij jongere bewoners. Aanpassingen in woon- en dagvoorzieningen, bijvoorbeeld steunen in douche en toilet, aanbrenge van (stoel)liften, zullen noodzakelijk zijn. Bij nieuwbouw, renovatie en aankoop van nieuwe voorzieningen zal rekening gehouden moeten worden met huisvesting van meer invalide bewoners.

Al deze nu reeds te constateren knelpunten maken een toekomstplanning van de zwakzinnigenzorg noodzakelijk. Het rapport kan besteld worden bij de Rijksuniversiteit Limburg, vakgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek, postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel. 043-887347/887350. De prijs is f 25,-.

GVO in de arbeidssituatie

De bibliotheek van het landelijk centrum GVO in Utrecht heeft een bibliografie samengesteld over GVO in de arbeidssituatie getiteld: *Gezondheid en voorlichting in de arbeidssituatie*. Deze uitgave geeft een overzicht van boeken, artikelen, rapporten en verslagen, en is een naslagwerk voor iedereen die zich met GVO in de arbeidssituatie bezighoudt. Dus zowel aan GVO-consulenten, bedrijfsartsen als aan anderen die een adviserende functie hebben biedt deze wegwijzer veel praktische informatie. Met behulp van ruim honderd trefwoorden kan op de meest uiteenlopende onderwerpen gezocht worden. De opgenomen titels zijn alle voorzien van een korte samenvatting.

Gezondheid en voorlichting in de arbeidssituatie is te bestellen door overmaking van f 18,50 op giro 3963638, ten name van Landelijk Centrum GVO Utrecht, onder vermelding van Overzichten GVO 5-1988.

Brochures

De landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening (JOINT) heeft in samenwerking met de vereniging van instellingen voor algemeen maatschappelijk werk (VIVAM) een tweetal voorlichtingsbrochures samengesteld over het maatschappelijk werk.

Algemeen Maatschappelijk Werk, een brochure voor huisartsen beschrijft de werkwijze van de maatschappelijk werker en de soort vragen waarmee de huisarts bij het Algemeen Maatschappelijk Werk terecht kan. Ook worden condities aangegeven voor de samenwerking tussen beide disciplines. Deze brochure is te bestellen door overmaking van f 5,- op postbanknummer 2904386, t.n.v. JOINT, postbus 268, 5201 AG 's-Hertogenbosch, o.v.v. ISBN 9050 580157.

De brochure *Maatschappelijk werk en thuiszorg, een paar apart* gaat in op het ontstaan van de

thuiszorg, de huidige stand van zaken en op de rol die het maatschappelijk werk hierbij kan innemen, want dat komt er tot nu toe weinig bij te pas. Met deze brochure wil JOINT een discussie op gang brengen over de plaats en mogelijkheden van het algemeen maatschappelijk werk in de thuiszorg.

De brochure is eveneens te bestellen door op hetzelfde nummer een bedrag van f 10,- over te maken, o.v.v. ISBN 9050 580165.

Studiedagen thuiszorg

De Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie organiseert in het najaar in samenwerking met de commissie voor Postacademisch Onderwijs Geneeskunde de volgende studiedagen en seminars:

Thuiszorg op 14 en 28 oktober en op 11 en 24 november 1988.

Ontwikkelingen op het gebied van thuiszorg bevinden zich in een stroomversnelling. Binnen veel zorgvelden is sprake van bevordering van de zorgverlening thuis. Door middel van lezingen, discussie, opdrachten en literatuur wil dit seminar inzicht geven in de achtergronden en het functioneren van thuiszorg.

Thuiszorg en kwaliteit op 18 november 1988. Het begrip kwaliteit wordt steeds vaker naar voren gebracht wanneer men over de gezondheidszorg spreekt. Op deze studiedag komt een aantal vragen naar voren, zoals: hoe kan kwaliteit (ook van met name de commerciële thuiszorg) gemeten worden, hoe staat kwaliteit in verhouding tot het zogeheten cliëntgebonden budget en wat betekenen de huidige regeringsplannen voor de kwaliteit van de thuiszorg?

Zowel het seminar als de studiedag zijn bedoeld voor mensen die bij thuiszorgvraagstukken betrokken zijn en die ongeveer 1 à 2 jaar beleidservaring op dit terrein hebben. Meer informatie is mogelijk bij Mw. L. Boonekamp, Bureau Postacademisch Onderwijs Geneeskunde (POAG) Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZE Utrecht, tel. 030-331123 tst. 134.

Aids en thuiszorg

De ziekte aids staat momenteel volop in de belangstelling. Het aantal mensen dat eraan lijdt zal zich jaarlijks verdubbelen en aids-patiënten zullen in toenemende mate een beroep doen op het kruiswerk in verband met hun behoefte aan thuisverpleging. Dit is de reden waarom de Nationale Kruisvereniging een brochure uitbrengt die uitgebreid ingaat op aids en thuiszorg. Deze geeft informatie over het ziektebeeld, de organisatie rondom en het beleid ten aanzien van aids, en de hulpverlening aan aidspatiënten door het kruiswerk. Deze uitgave *Aids en Thuiszorg: een handleiding vanuit het Kruiswerk* is samengesteld door de Nationale Kruisvereniging - Bunnik en verschenen bij de Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, Thomas Jeffersonlaan 641, 2285 AZ Rijswijk, tel. 070-930919. De prijs is f 12,90.

Cursussen

De sector gezondheidszorg van de Haagse Hogeschool presenteert een ruim cursusaanbod voor het studiejaar 1988-1989. Voorbeelden van cursussen uit dit aanbod zijn: alternatieve geneeswijzen, ethiek en gezondheidszorg, migranten in de gezondheidszorg, inspanningsfysiologie, en functionerings- en beoordelingsgesprekken.

Buiten dit cursusaanbod is de sector gezondheidszorg ook actief op het gebied van het contractonderwijs. Bij contractonderwijs sluit de onderwijsinstelling een overeenkomst met een instelling of bedrijf om een bepaalde groep werknemers een in overleg vastgestelde scholing te geven. Tevens is het vanaf nu mogelijk om kleine onderzoeken door de sector te laten uitvoeren. De brochure waarin het cursusaanbod staat beschreven, is te verkrijgen bij de Haagse Hogeschool, sector Gezondheidszorg, Laan van Meerdervoort 211, 2563 AA Den Haag, tel. 070-632900.

Buitenlandse vrouwen

In juni 1988 heeft een aantal Turkse, Marokkaanse en Surinaamse vrouwen de cursussen Gezondheidsvoorlichting afgerond. Zij kunnen nu in de eigen taal gezondheidsvoorlichting aan groepen vrouwen geven. Het is de bedoeling dat ze op free-lance basis worden ingehuurd door instellingen als consultatiebureaus, gezondheidscentra, buurthuizen, educatieve centra en vrouwencentra. Ze verzorgen de voorlichtingsbijeenkomsten voor groepen buitenlandse vrouwen zelfstandig of in samenwerking met een Nederlandse werkster.

Instellingen die gebruik willen maken van deze buitenlandse voorlichtsters kunnen voor het adres van een van de plaatselijk steunpunten contact opnemen met Maria Drewes, Landelijk Steunpunt Kadercursussen, p/a Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders, Postbus 100, 3980 CC Bunnik, tel. 03405-96433.

Internationaal Congres

Stichting De Maan, een door de overheid gesubsidieerd hulpverleningscentrum voor vrouwen, organiseert van 19 tot 22 december in Amsterdam een groot internationaal congres met de titel *Mental Health Care for Women*. Er zullen een groot aantal werkgroepen over de meest uiteenlopende onderwerpen plaatsvinden, onder andere over geweld, zelfhulp en professionalisme, dwangmatig eten, oudere vrouwen, healing. Ook zullen er zowel uit binnen- als buitenland een groot aantal sprekers lezingen geven over onder andere feministische therapie, racisme, incest, mishandeling van vrouwen in heteroseksuele partnerrelaties.

Het congres is bedoeld om internationaal kennis, ideeën, werkervaringen en methoden op het gebied van de geestelijke

gezondheidszorg voor vrouwen uit te wisselen. De eerste drie dagen betreft het een gesloten werkcongres voor 400 vrouwelijke hulpverleners/therapeuten en wetenschappers. De vierde dag heeft voornamelijk een politiek karakter en heeft ten doel op Europees niveau maatregelen te bespreken die de vrouwenhulpverlening, ook in de toekomst, mogelijk moeten maken. Ook de resultaten van het overheidsbeleid in Nederland en andere Europese landen ten aanzien van vrouwenhulpverlening zullen kritisch worden belicht, zeker nu de financiering daarvan terugloopt.

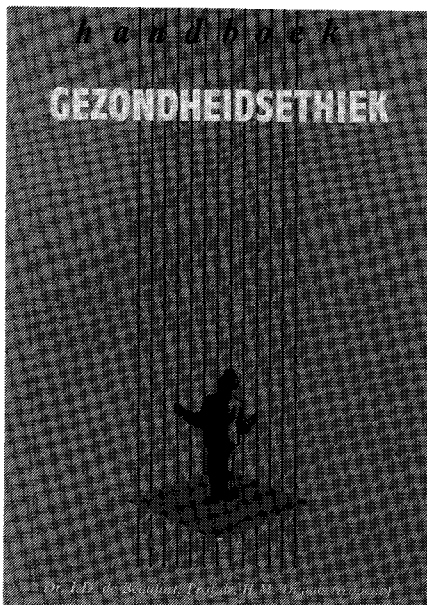
Voor verdere informatie kan gebeld worden met Stichting De Maan 020-715272 (telefoonlijn congresbureau), dinsdag *Vm* vrijdag van 9.15 - 12.00 uur (vragen naar I. Foeken of F. Cnossen).

Vrouwen waanzin

Sinds mensenheugnis zijn vrouwen in hoge mate gevoelig geacht voor 'ziekten van de geest'. Medici, theologen en filosofen merkten, al naar gelang de heersende opvattingen over de vrouwelijke natuur, verschillende oorzaken aan voor dit verschijnsel: duivelse of religieuze bevlogenheid, een zwak zenuwgestel of simpelweg de werking van de vrouwelijke voortplantingsorganen.

Op 3 november wordt door onderzoekers uit verschillende disciplines vanuit een historisch perspectief aandacht besteed aan de relatie tussen waanzin, vrouwen en psychiatrie. Het symposium *Vrouw en Waanzin* wordt georganiseerd door het Nederlands centrum Geestelijke Volksgezondheid (NcGV).

Het symposium wordt gehouden in de Koningszaal Artis, Plantage Middenlaan 41-a in Amsterdam. Meer informatie over dit symposium is mogelijk bij mevr. P. Thomassen, NcGV, Postbus 5103 JC Utrecht, tel. 030-935141.



Dr. I.O. de Beaufort, Prof. dr. H.M. Dupuis
(redactie)

Handboek gezondheidsethiek

omvang: ca. 650 blz.
prijs: ca. f 100,00 f.Y'1)
ISBN 90 232 2377 2
verschijnt 16 december 1988

De invloed van onze gezondheidszorg op het dagelijks leven van velen is groot. Dit geldt allereerst voor degenen die gebruik maken van de talloze faciliteiten, maar ook voor degenen die deze verschaffen, die in opleiding ervoor zijn of anderszins met de gezondheidszorg te maken hebben. Dit omvangrijke boek omvat een schat van materiaal bedoeld om het denken en het omgaan met gezondheidszorg te structureren en te verhelderen. Het is in eerste instantie een boek over ethiek en gezondheidszorg. Door een overzicht te geven van de belangrijkste morele problemen in de gezondheidszorg wordt niet alleen inzicht gegeven in die problemen, maar ook een handreiking geboden bij het aanpakken ervan. Ruim 40 auteurs geven hun visie op de praktijk van de gezondheidszorg. Deze multidisciplinaire aanpak komt overeen met de dagelijkse werkelijkheid van de gezondheidszorg, waarin immers ook verschillende beroepsgroepen met tal van morele vragen worden geconfronteerd en vaak een eigen inbreng hebben bij de beantwoording ervan.

Kant en klare oplossingen biedt dit boek niet.

Integendeel: het is uitdrukkelijk de bedoeling om de lezer argumenten aan te bieden waanmee die verder kan. Dit neemt niet weg dat hele concrete aanbevelingen worden gedaan, niet zozeer omdat de auteurs het laatste woord willen hebben, maar vooral omdat zij hopen door zelf positie te kiezen de lezer kunnen uitlokken om een eigen standpunt in te nemen.

Doelgroepen

Artsen, verpleegkundigen, pastores, juristen (gezondheidsrecht), beleidsmakers en ethici en al diegenen, die daarvoor opgeleid worden.

Verkrijgbaar in de boekhandel of rechtstreeks bij de uitgever.

Besteladres: Uitgeverij Van Gorcum
Postbus 43, 9400 AA Assen

S&Z



C. Hosman, H. van
Doorm en H. Verburg
(red.)
Preventie in-zicht

Dit boek biedt een breed en up-to-date overzicht van de AGGZ-preventie, zoals deze zich de afgelopen 15 jaar in Nederland heeft ontwikkeld. Gezien ook de ruime aandacht die besteed wordt aan kwaliteitsontwikkeling en toekomstig beleid, vormt deze publicatie een waardevol document voor al diegenen die betrokken zijn bij het werken aan een meer preventie-georiënteerde gezondheidszorg, zoals de overheid deze geschetst heeft in de Nota 2000 en in de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid (1984).

337 blz. isbn 90 265 0837 9 f 49,90

Toegepaste Sociale Psychologie

J. von Grumbkow,
D. van Kreveld en
R. van der Veer (red.)
Toegepaste Sociale
Psychologie 3

De Associatie van Sociaal-Psychologisch Onderzoekers (ASPO), organiseert regelmatig symposia waarbij een breed scala van onderwerpen de revue passeert, met de bedoeling een bijdrage te leveren aan analyse en oplossing van sociale problemen. Dit boek is samengesteld op basis van het symposium van 1988. Het vat veertien artikelen over de thema's: 'sociale steun', 'recht en sociale psychologie' en 'ongelijke kansen'.

209 blz. isbn 90 265 0914 6 f 37,25

Ook verkrijgbaar in de boekhandel.

SWETS & ZEITLINGER B.V. PUBLISHERS

Heereweg 347,2161 CA Lisse, tel. 02521-19113